FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-94 N° 14

DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

DU

REIN FLOTTANT

ET DE SES COMPLICATIONS

De l'intervention par la Néphropexie en particulier

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 NOVEMBRE 1893

PAR LE DOCTEUR

Albéric-Joseph-Alfred-Louis BARTET

Né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 7 août 1871

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE, ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
MOUSSOUS.	professeur,	*Juges.*
RIVIÈRE,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. COUSSAU & F. COUSTALAT
20 — Rue Gouvion — 20

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-94 N° 14

DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

DU

REIN FLOTTANT

ET DE SES COMPLICATIONS

De l'intervention par la Néphropexie en particulier

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 NOVEMBRE 1893

PAR LE DOCTEUR

Albéric-Joseph-Alfred-Louis BARTET

Né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 7 août 1871

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE, ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
MOUSSOUS.	professeur,	*Juges.*
RIVIÈRE,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. COUSSAU & F. COUSTALAT
20 — Rue Gouvion — 20

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
MERGET.....
AZAM.....

Clinique médicale.....	MM. PICOT.
	PITRES
Clinique chirurgicale.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique obstétricale.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIE.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	N.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des Maladies chirurgicales des enfants.....	PIECHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DB MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	POUSSON.
	DENUCE.
	VILLAR.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS
Chimie et Toxicologie.....	DENIGES.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. int. des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales.....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe.....	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements.....	RIVIERE.
Clin. des mal. des voies urin...	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des ore lles, du nez	MOURE.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans « les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs » auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort Inspecteur-adjoint de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'Ordre royal du Cambodge.

A MA SECONDE MÈRE ET A MES SŒURS

Témoignage de ma sincère affection.

A MES PARENTS

A MON PARRAIN, M. ROUZAU

Commissaire de la marine en retraite,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur BOURRU

Médecin en chef de la Marine,
Sous-directeur de l'Hôpital maritime de Rochefort-sur-Mer,
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

Du Service de Santé de la Marine.

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A Monsieur le Docteur VILLAR

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Alfred POUSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Officier d'Académie.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Docteur E. DUDON

Ancien agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur PICOT

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Lauréat de l'Institut de France (Prix Monthyon).

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

INTRODUCTION

En prenant comme sujet de notre thèse « le traitement du rein mobile », nous ne prétendons pas faire une œuvre essentiellement nouvelle, car cette originalité, si critiquée dans les thèses, ne peut être, au bout de 5 années d'études théoriques, que le fait d'un petit nombre, dans une science aussi vaste et aussi expérimentale que la médecine.

C'est pour suppléer à cette lacune que nous avons donné à cette thèse l'étendue qu'elle comporte en faisant un tableau d'ensemble des divers traitements de cette affection, idée non encore réalisée ; notre thèse sera une étude théorique, critique et clinique, basée sur les observations que nous avons recueillies à Bordeaux, inédites, et qui nous ont paru concluantes.

Nous n'y parlerons, ainsi que son titre l'indique, que du traitement du rein mobile ; nous ne consacrerons pas de chapitres spéciaux à l'historique, à l'étiologie, à la pathogénie, aux symptômes, ni au diagnostic de cette affection, les thèses relativement nombreuses pour une question si récente, ont largement traité ces chapitres et n'ont qu'effleuré le plus souvent le traitement, sauf cependant les thèses si intéressantes de Vanneufville et de Paul-Albert Delagenière qui ont fait des études critiques des procédés chirurgicaux aujourd'hui en honneur. Nous ne parlerons de toutes ces questions qu'incidemment, toutes les fois qu'au cours de cette étude elles pourront servir à éclairer le traitement, ou que celui-ci se rapportera à elles. Nous avons cru devoir traiter avec tout le développement possible, l'ana-

tomie topographique de la région lombaire, car ici, comme partout ailleurs, mais peut-être davantage, c'est sa connaissance approfondie qui a guidé les chirurgiens dans le choix des traitements dont nous parlerons et qui a permis d'arriver au perfectionnement actuel de la méthode de MM. Guyon et Tuffier.

Nous insisterons sur le traitement chirurgical, tout en mettant en lumière les bons résultats du traitement médical par la réduction et les appareils.

Nous remercions ici M. le professeur agrégé Villar, qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous aider de ses conseils ; M. le professeur agrégé Pousson, à qui nous avons emprunté la belle observation d'hydronéphrose intermittente guérie par néphropexie ; M. le professeur agrégé Denucé pour son obligeance et ses observations de guérison par traitement médical ; M. le docteur William Binaud, chef de clinique chirurgicale, et M. le docteur Monod, pour les observations qu'ils ont bien voulu mettre à notre disposition.

Nous tenons à témoigner notre gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux, M. le Docteur Dudon dont nous avons été l'externe l'an dernier et qui a toujours eu pour nous la plus grande bienveillance, et M. le professeur Picot dont nous avons eu également l'honneur d'être l'externe dans l'année qui vient de s'écouler et dont l'enseignement restera toujours profondément gravé dans notre esprit.

Enfin que M. le professeur Demons veuille bien agréer ici nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DU REIN FLOTTANT

CHAPITRE PREMIER

Anatomie Topographique. – Des indications à en tirer au point de vue de l'intervention chirurgicale par la néphropexie.

Les reins sont situés dans la fosse lombaire, c'est-à-dire dans l'espace qui sépare la douzième côte de la crête iliaque. Ils en occupent seulement le tiers supérieur, c'est-à-dire l'espace qui répond aux deux dernières vertèbres dorsales et aux deux premières lombaires. La longueur du rein est de 11 centimètres et demi à 12 centimètres. Sa largeur est de 5 centimètres, son épaisseur est de 4 centimètres et demi. Le bord interne de cet organe est éloigné de la colonne vertébrale de 2 centimètres et demi en haut et de 3 centimètres et demi à 4 en bas, à cause de l'inclinaison de l'organe. Le bord externe s'étend, quand le rein est normal, à 8 centimètres et demi de la ligne médiane.

En somme, le rein est dirigé un peu obliquement en bas et en dehors, de telle sorte que l'extrémité inférieure de son bord externe se trouve être le point le plus éloigné de la ligne médiane.

Le rein droit descend un peu plus bas que le gauche à cause de la présence du foie, mais peu cependant. L'extrémité inférieure des reins vient affleurer le bord supérieur de la troisième apophyse transverse lombaire; c'est ce point qui, pour Réca-

mier, est le plus fixe des rapports du rein, il se trouve situé à 5 centimètres au-dessus de la crête iliaque.

En haut, le rein arrive jusqu'au bord supérieur de la onzième côte. Il est donc en partie recouvert en arrière par la onzième et par la douzième côte et par l'espace intérosseux intermédiaire. Mais, avant de quitter cette étude des rapports du rein avec les côtes, nous insisterons sur ce fait que le rapport de cet organe avec la douzième côte n'est pas absolu. Celle-ci peut, en effet, affecter deux sortes de variétés, comme bien des anatomistes l'ont remarqué et particulièrement Holl.

Elle peut, en effet, être longue ou être courte. Dans ce dernier cas, on croirait avoir affaire à une apophyse transverse lombaire. On comprend alors quelle cause d'erreur peut en résulter pour le chirurgien qui peut être appelé à la réséquer et pour qui la douzième côte doit être un point de repère très important parce qu'elle indique la limite supérieure de la région lombaire. Quand la douzième côte est longue, elle est parallèle à la onzième, c'est le cas le plus fréquent. Quand elle est courte elle tend à devenir horizontale et à se loger dans l'angle de la onzième.

« Il résulte de ceci que le rein correspond par sa face postérieure à la onzième côte, à l'espace situé au-dessous et à la douzième côte, sauf quand celle-ci est courte. Dans ce cas, la partie du rein qui la dépasse, au lieu de représenter la moitié de cet organe, en représentera les trois quarts. » (Récamier).

Mais les reins ne sont pas seulement en rapport avec les parties osseuses, et ceux qu'ils affectent avec les muscles et organes de la région sont tout aussi importants.

D'abord, en avant, le rein est en rapport avec le péritoine qui glisse au-devant de lui sans s'y insérer. On comprend l'intérêt que ce fait comporte au point de vue opératoire, puisqu'on peut opérer sur cet organe sans avoir à ouvrir la séreuse.

La région lombaire est occupée par le rein dans son tiers supérieur seulement, mais les deux tiers inférieurs le sont par le côlon. Cette portion du gros intestin affecte à droite et à gauche des rapports différents. Normalement, le côlon ascendant repose sur la face antérieure du rein droit, mais remonte moins haut que sur celle du rein gauche. C'est ce qui ressort d'une série d'observations entreprises par Guillet dans sa thèse « *sur les tumeurs malignes du rein.* » Il en a conclu que le côlon ascendant repose dans une petite étendue sur l'extrémité inférieure du rein droit qu'il parcourt suivant une ligne oblique de bas en haut et de droite à gauche, rapport souvent assez étroit où il n'y a pas toujours de meso-côlon, A gauche, le côlon descendant repose sur le bord externe du rein sur lequel il est souvent couché et auquel il est rattaché le plus souvent par un meso-côlon de deux à trois centimètres de largeur.

L'union du côlon transverse avec le côlon descendant se fait très haut au niveau de l'extrémité supérieure du rein gauche, en faisant un angle aigu très accentué ouvert en bas et correspondant à la rate.

Le rein droit est en rapport immédiat avec le foie, qui, le plus souvent, porte à sa face inférieure une empreinte plus ou moins profonde correspondant à la capsule surrénale. Le rein gauche est en rapport avec la rate qui est située en haut et en dehors de lui, mais d'une façon moins étroite qu'avec le foie ; en dedans de lui se trouvent l'estomac et la queue du pancréas.

En dedans des reins se trouvent les muscles psoas couchés le long de la colonne vertébrale.

En arrière, ils vont se trouver en rapport par leur partie supérieure avec la plèvre et avec le diaphragme ou plutôt avec un ligament, le ligament cintré du diaphragme. Celui-ci est un point épaissi de l'aponévrose antérieure du carré des lombes sur lequel viennent se fixer les fibres du diaphragme qui pren-

nent insertion à ce niveau. Cette bandelette se détache de la partie externe de la face antérieure de l'apophyse transverse de la 2e vertèbre lombaire et se porte de là obliquement en dehors et en bas pour aller s'attacher à la face interne de la 12e côte, près de son sommet.

Le cul-de-sac pleural est en rapport avec ces insertions diaphragmatiques et garde sa situation, quelle que soit la longueur de la 12e côte. Le cul-de-sac, sur les parties latérales de la colonne vertébrale, dit M. Sappey, descend à un centimètre, souvent un centimètre et demi au dessous de la 12e côte, puis il se porte obliquement en bas et en dehors, presque horizontalement; étant donnée l'obliquité de cette 12e côte, la séreuse, après un trajet de trois à quatre centimètres, se trouve de nouveau masquée par elle. Elle traverse alors obliquement la face antérieure de la côte, puis le dernier espace intercostal en obliquant toujours en bas et en dehors, et atteint la onzième côte à dix ou onze centimètres de la ligne médiane. A ce point, la ligne de réflexion, suivant les insertions du diaphragme aux côtes, prend une direction horizontale, puis obliquement ascendante. Le cul-de-sac, dit Récamier, n'est pas absolument symétrique, et, suivant que la plèvre a un trajet plus ou moins oblique, une portion plus ou moins grande de la 12e côte est dépourvue de séreuse. Si les côtes avaient une longueur fixe, on pourrait réséquer sans crainte un tiers de la 12e côte, mais il n'en est pas ainsi et on ne peut dire qu'une chose, c'est qu'à huit centimètres de la ligne médiane, on a les plus grandes chances de trouver la 12e côte dépourvue de plèvre. Il faut respecter le ligament lombo-costal de Henle dans sa partie externe. Ce ligament comble l'espace laissé libre entre la dernière côte et la colonne vertébrale; c'est lui qui indique la limite qu'il ne faut pas franchir pour respecter sûrement la plèvre.

Tels sont les rapports des reins avec les organes de la région,

voyons maintenant ceux qu'il affecte avec les muscles, et qui, pour le chirurgien, sont non moins intéressants, par suite de la partie de l'organe qu'ils laissent à découvert. En allant de dehors en dedans, nous trouvons la masse sacro-lombaire qui comble les gouttières larges et profondes de cette région et qui affecte deux plans. Le plus superficiel est constitué par le muscle ilio-costal ou sacro-lombaire en dehors et le long dorsal en dedans, le plus profond par le transversaire épineux directement appliqué contre les lames vertébrales.

Ces muscles sont compris à la région lombaire dans une loge ostéo-fibreuse formée en avant par le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse, en arrière par l'aponévrose lombaire, en dedans par les apophyses épineuses et transverses des vertèbres lombaires auxquelles s'attachent d'ailleurs ces deux feuillets aponévrotiques. La largeur des muscles des gouttières vertébrales est importante à connaître, car leur bord externe est très nettement limité par les aponévroses qui la brident et par suite facilement appréciable au toucher. Il constitue le point de repère le plus important pour toutes les opérations qui se pratiquent sur cette région. Cette largeur varie suivant le développement musculaire de cette région, elle est de sept centimètres à huit centimètres et demi. La moyenne est de sept centimètres et demi. Il en résulte que les reins dont nous avons vu plus haut le bord externe s'étendre à huit centimètres et demi de la ligne médian, ne déborde donc la masse sacro-lombaire que de un centimètre.

Au-dessous des muscles des gouttières vertébrales se trouve le carré des lombes, renfermé lui aussi dans une cage ostéo-fibreuse constituée en avant par le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, en arrière par le feuillet moyen de cette même aponévrose ainsi que par les apophyses tranverses des vertèbres lombaires, c'est sur ce feuillet antérieur de l'aponé-

vrose du transverse que repose le rein.

Le muscle carré des lombes va s'attacher au bord inférieur de la douzième côte et aussi au ligament de Henle, cité plus haut. Ce muscle a une direction générale oblique en dehors et se trouve caché par la masse sacro-lombaire à sa partie supérieure, mais il la déborde en bas vers la crête iliaque d'environ trois centimètres.

On voit donc l'intérêt de connaître les rapports de cet organe, puisque nous savons que la voie lombaire est la voie d'élection pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les reins.

Voyons maintenant les rapports du rein avec le péritoine et les organes abdominaux. Le rein est enveloppé d'une capsule cellulo-adipeuse dite de Halles. La graisse s'y présente sous forme de petits pelotons jaunes infiltrant les mailles du tissu conjonctif. Cet élément adipeux, quelquefois très développé chez certains individus, est à peine marqué chez d'autres ; en tous cas, il manque à peu près complètement chez l'enfant, il n'existe pas chez le fœtus et ne se développe que vers huit ou dix ans. C'est en se basant sur ce fait anatomique que M. Lancereaux a voulu réfuter l'idée qui attribue à l'amaigrissement l'ectopie rénale. La disposition de cette capsule adipeuse n'est pas favorable à la fixité du rein, M. Sappey insiste sur cette disposition : « L'élément cellulo-fibreux, dit-il, est une dépendance de la lame fibreuse qui revêt sur quelques points le péritoine et qui porte le nom de fascia propria. » Pour Luschka, le péritoine arrive doublé de son tissu sous-péritonéal au niveau du bord externe du rein. En ce point, il se sépare de ce tissu conjonctif pour tapisser la face extérieure du rein. En même temps le tissu sous séreux passe derrière lui en se transformant en une lamelle fibreuse. Pour M. Sappey, au contraire, cette lame fibreuse se dédouble, l'un de ses feuillets passe traversalement au devant de l'organe comme le péritoine qui l'accompa-

gne et auquel il adhère par un tissu cellulaire fin, dépourvu de graisse ; l'autre s'engage sous la face profonde au niveau du viscère, puis sous les vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent et se confond bientôt avec le précédent. Supérieurement ces deux feuillets du fascia propria s'unissent au-dessous du rein qu'ils séparent de la capsule surrénale, mais inférieurement ils restent séparés et se continueront ainsi jusqu'au détroit supérieur du bassin en laissant possible la descente du rein dans la cavité abdominale. Pour un auteur allemand, Zuckerland, la lame postérieure de la capsule adipeuse est appelée fascia retro sternal. Par celle de leur face qui répond à la glande, les deux feuillets du fascia propria lui adhèrent à l'aide de prolongements filamenteux : par leur face opposée, ils adhèrent à toutes les parties ambiantes à l'aide d'un tissu cellulaire plus ou moins lâche. Ces filaments ne constituent que des moyens de fixité bien peu solides. A eux seuls, ils ne pourraient évidemment lutter contre une augmentation notable de l'organe sollicité sans cesse à descendre par la disposition anatomique de sa loge.

Il est suspendu aussi par ses vaisseaux, mais leur rôle est contesté par Richet ; pour lui, ils sont tellement allongés que le rein peut flotter et se porter dans tous les points de la cavité abdominale. Cet organe a aussi une position oblique. Le tissu cellulo-adipeux qui l'enveloppe en arrière et sur les côtés est non un moyen de contention, mais plutôt de protection.

C'est le péritoine qui retient surtout le rein en place. Des expériences anatomiques ont montré que dès que cette séreuse est déchirée, l'organe cède. C'est ainsi que chez le chien, le rein gauche se déplace dans des limites assez étendues à cause de la mobilité du péritoine pariétal sur les parties sous-jacentes.

Ajoutons à cela que le rein droit, qui est le plus souvent atteint, voit s'attacher à sa partie inférieure le ligament supé-

rieur du cœcum, décrit par M. Tuffier sous le nom de ligament nephro-colique, et on comprend que toutes ces causes d'ordre anatomique jointes aux nombreuses causes occasionnelles qu'on a voulu admettre, et dans ce dernier cas, l'enteroptose de Glénard, on comprend, dis-je, la facilité du déplacement de ces organes.

Avant de quitter les rapports du rein avec sa capsule et le péritoine, voyons quelles sont les indications à en déduire au point de vue de la technique opératoire de la néphropexie.

Comment et au moyen de quels éléments le chirurgien pourra-t-il fixer un rein flottant ? On ne peut donner au péritoine pariétal les adhérences nécessaires pour immobiliser le rein derrière lui ; ce fait s'observe quelquefois par une péritonite circonscrite. Le chirurgien ne peut se servir que de la capsule cellulo-adipeuse et de la capsule propre pour fixer le rein.

Or, cette capsule cellulo-adipeuse se prolonge par sa partie inférieure jusqu'au détroit supérieur du bassin, et sa capacité est beaucoup plus considérable que le volume de l organe qu'elle doit contenir; cette capsule a perdu ses adhérences avec la capsule propre du rein, presque toujours elle est mobile elle-même sur les parties ambiantes.

D'où il résulte qu'il faudrait :

Rétrécir la capsule cellulo-adipeuse,

Provoquer des adhérences entre le rein et sa loge,

En provoquer entre la loge et la paroi lombaire.

Enfin, mentionnons, pour terminer ce chapitre d'anatomie topographique, les rapports du rein avec la grande branche abdomino-génitale qui naît du premier nerf lombaire, se dirige en dehors et en bas, traverse le psoas, passe en arrière de l'organe au devant du carré des lombes, et arrivée au bord externe de ce muscle s'engage entre le petit oblique et le transverse. La petite branche abdomico-génitale a la même origine, la même marche et occupe une place identique.

La section de cette branche abdomico-génitale a amené l'anesthésie du pénil.

CHAPITRE II

Des différentes espèces de rein mobile. — Des points où on peut le trouver dans l'abdomen et des indications de la néphropexie.

Les reins mobiles se présentent sous plusieurs formes que nous examinerons : 1° au point de vue clinique, 2° au point de vue de l'intervention. Il y a des reins mobiles congénitaux, nous n'en parlerons pas, et des reins mobiles acquis, qui font l'objet de ce travail. De ces reins mobiles, les uns ne sont pas douloureux et s'observent assez fréquemment. Par hasard, en examinant un malade, on trouve un rein flottant, souvent à droite. Cette tumeur est révélée par le ballotement. Le malade ne s'en doute pas et le médecin ne s'en occupe pas davantage. Les autres se présentent sous trois formes, ainsi que les a classés M. Tuffier.

Reins mobiles douloureux.

Reins mobiles accompagnés de troubles gastriques.

Reins mobiles accompagnés de signes de neurasthénie.

Trois divisions qu'il importe de bien établir, car elles ont leur importance au point de vue du traitement et surtout des résultats opératoires.

La forme douloureuse est la plus fréquente et la plus favorable au traitement. M. Tuffier dit l'avoir rencontrée à un degré variable chez ses opérés. Elle est caractérisée par des douleurs

vives, tantôt lombaires, tantôt abominales, avec des irradiations à l'aîne, dans les membres inférieurs, vers le cordon spermatique chez l'homme. Elles sont réveillées ou elles s'accroissent par la station debout, la marche, la menstruation. Elles sont permanentes, mais elles présentent des exacerbations sous forme de crises douloureuses, de pseudo-coliques néphrétiques. L'intensité de ces douleurs n'est pas en rapport avec la mobilité plus ou moins grande du rein. Elle n'a aucune influence sur le résultat thérapeutique, pas plus d'ailleurs que cette mobilité, et M. Tuffiier dit que ce sont même les malades dont les douleurs étaient les plus vives qui ont le plus bénéficié de l'intervention.

Il faut, avant d'aller plus loin, faire le diagnostic de ces douleurs, c'est-à-dire voir si elles sont ou non indépendantes de la mobilité du rein. Ainsi il est des déplacements de cet organe qui s'accompagnent de douleurs intercostales. On pourra les attribuer à la luxation de la glande, aussi faut-il voir si elles se calment ou non par la réduction et si, par ce procédé, on n'a pas d'amélioration, on peut les mettre sur le compte d'une neurasthénie ou d'une anémie concomitante. Beaucoup de ces malades sont, en effet, des nerveuses et des chloro-anémiques.

2° La forme dyspeptique est plus rare. — Le déplacement du rein se fit dans les deux cas observés par M. Tuffier dans la direction ombilicale. Les malades présentaient les signes cliniques de la dilatation de l'estomac et de l'enteroptose. L'un d'eux avait eu des accès de congestion hépatique sur lesquels M. Potain a appelé l'attention. Il y a coïncidence entre les affections du foie et le déplacement des reins. Sous l'influence des poussées de congestion, le foie augmentait de volume et refoulait en bas le rein. On a noté aussi de véritables crises de vomissements.

3° La forme neurasthénique est plus fréquente. Bon nombre d'hystériques présentent des reins mobiles. Chez une malade,

la dépression des forces avec crises hystériques pendant les douleurs et surtout au moment des règles obligèrent à intervenir. Chez un autre, les signes de neurasthénie à forme cérébrale et mélancolique simulaient la paralysie générale. Un appareil prothétique a mis un terme aux accidents. Chez une troisième malade, les troubles névropathiques revêtaient la forme de névralgies à siège variable et s'accompagnaient d'une impotence fonctionnelle empêchant tout travail.

Voyons maintenant en quels points de l'abdomen, nous pouvons trouver le rein flottant. Dans l'ectopie congénitale, on peut le trouver derrière l'ombilic, en avant de la colonne vertébrale, dans la fosse iliaque.

Dans l'ectopie acquise, l'organe déplacé a été trouvé dans tous les points de l'abdomen, dans les hypocondres, la région épigastrique, la fosse iliaque; on a pris en effet des reins mobiles pour des tumeurs du mésentère qui, par leur mobilité, sont celles qu'on peut le mieux confondre avec eux; pour des kystes du pancréas qui sont cependant plus profonds, plus médians et plus élevés qu'eux. On les a pris pour des tumeurs de l'ovaire, ce qui est dû au siège qu'ils occupent souvent. C'est là l'ectopie dite par glissement.

A côté d'elle nous trouvons l'ectopie par anteversion. Fritz a trouvé à l'autopsie de gens morts d'autres affections, le rein droit situé au niveau du bord antérieur du lobe droit du foie, soudé à lui, à la vésicule biliaire et au côlon transverse par un tissu fibreux, dense, qui ne permettrait pas de le ramener à son siège normal; son bord convexe était tourné en haut et son extrémité supérieure en dedans, ce rein était en outre altéré par hydronéphrose. C'est M. Potain qui a désigné cette ectopie de ce nom. L'extrémité supérieure du viscère glisse sous la face inférieure du foie, s'incline en avant et vient se faire sentir au-dessous du rebord des fausses côtes, il peut devenir horizontal.

Quelques-uns de ces déplacements ont fait croire à des lobes mobiles du foie ou à des kystes hydatiques pédiculés de sa face inférieure. Cet auteur explique ce déplacement par la co-existence de lithiase biliaire amenant une irritation péritonéale autour des voies d'excrétion de la bile, irritation qui se propage au tissu sous péritonéal retro-colique et jusqu'à l'athmosphère celluleuse du rein qui perd ainsi sa tonicité, surtout à la partie supérieure plus spécialement atteinte.

On a trouvé encore le rein en d'autres endroits, sur le côté droit de la colonne vertébrale, où à cheval en avant des deuxième et troisième vertèbres lombaires. Tantôt le rein déborde seulement les fausses côtes; ou il se trouve dans l'hypocondre droit, ne présentant à la paroi que son extrémité inférieure à cause de sa position obliqne; ou il se trouve à mi-chemin du rebord des fausses côtes et de la côte iliaque; ou on le rencontre dans la fosse du même nom. Le plus souvent la tumeur a le volume du poing quand le rein est normal; ses dimensions sont exagérées quand il y a complication. On la reconnaît à sa forme oblongue, ovoïde, tantôt régulière, tantôt avec échancrure correspondant au hile situé sur son bord interne.

Nous avons étudié au début de ce chapitre les trois formes cliniques de rein mobile, mais à côté d'elles, il faut reconnaître l'existence de deux variétés bien différentes au point de vue de l'intervention chirurgicale. Nous voulons parler du rein mobile simple et du rein mobile compliqué.

Le rein mobile simple est le déplacement de cet organe, véritable luxation traumatique ou spontanée préparée peut-être par un vice d'organisation de l'appareil fixateur. M. Tuffier la rapproche d'une hernie inguinale congénitale, hernie vagino-péritonéale à canal préparé, une hernie de force. Brusquement, dans une chûte, un choc, un effort, le malade ressent une dou-

leur vive, un craquement dans le flanc droit, puis la douleur persiste, s'accentue, une tuméfaction peut apparaître. On a même vu les traces d'une ecchymose ancienne. Le rein s'est déplacé. Plus rarement, cette lésion s'établit progressivement.

En somme, le rein est seul en jeu dans ce premier cas. Les parois de l'abdomen sont fermes et rigides ; les autres viscères de l'abdomen sont normaux comme volume, résistance, situation. C'est ici qu'on obtient les meilleurs résultats thérapeutiques ; c'est une simple luxation à réduire, une hernie à rentrer. C'est le triomphe de l'intervention par la néphropexie.

Tout autre est le rein mobile compliqué. Son début est insidieux et lent. Sa chûte est précédée ou suivie d'un déplacement général des viscères abdominaux constituant *l'enteroptose* de Glénard. — « Il s'agit, dit encore M. Tuffier, de ces femmes à « ventre trilobé qui descend jusque sur les cuisses, à parois « abdominales dépressibles, flasques, mal musclées, dont les « anneaux naturels insuffisants finissent par donner passage à « une pointe de hernie ou à une hernie volumineuse. — Le « plancher pelvien, peu résistant, permet un prolapsus de la « vessie ou de l'uterus, quelquefois une chûte du rectum ; l'es- « tomac est dilaté, le rein droit est notablement abaissé, le rein « gauche commence à en faire autant. La néphroptose n'est « qu'un accident au milieu de cette ptose générale des viscères « c'est un facteur second. Ici l'intervention opératoire donne de « moins bons résultats. C'est l'état général du sujet, la marche « des lésions et leur ensemble qui permettent de poser les con- « tre-indications opératoires ».

Cette partie de notre chapitre donne déjà un aperçu rapide des cas dans lesquels l'intervention doit être tentée et tentée avec chance de succès. Les indications opératoires de la néphropexie vont être reprises et résumées dans les quelques lignes qui vont suivre.

1° Il faut qu'on ait affaire à la variété de rein mobile simple.

2° Que le rein soit *réductible* dans la fosse lombaire. Ce symptôme, lorsqu'il existe, est de premier ordre. La réduction par refoulement simple de bas en haut s'annonce par la sensation d'échappement brusque d'un corps qui reprendrait franchement sa place habituelle.

3° Il faut que le rein n'ait pas contracté d'adhérences dues à une péritonite localisée.

4° Que le bandage auquel on doit toujours avoir recours au début, quelle que soit la variété, ne donne aucun des bons résultats qu'on attendait de son emploi.

5° Quand le rein flottant est bilatéral ; comme tout autre moyen de contention aura plus de chance d'échouer dans ce cas, la néphropexie s'imposera presque d'emblée.

6° Quand le rein mobile est le siège d'ydronéphrose intermittente ; nous y reviendrons au chapitre des complications.

7° Quand le rein déplacé est le siège d'accidents douloureux aigus, phénomènes congestifs, menstruels réguliers ou accidentels. L'intervention opératoire donne seule de bons résultats.

8° Il faut que l'organe soit sain, c'est-à-dire, qu'il ne soit le siège d'aucune des altérations qui lui sont propres.

9° La néphropexie a d'autant plus sa raison d'être que comme le testicule en ectopie, le rein déplacé peut être prédisposé à l'inflammation et au développement de néoplasmes, du cancer en particulier. C'est en somme un organe en état de moindre résistance et nous croyons que cette indication est une de celles dont il faut tenir compte.

CHAPITRE III

Traitement médical du rein mobile. — Traitement préventif. — Traitement curatif (réduction, maintien de la réduction). — avantage des appareils.

Nous donnons à ce chapitre tout le développement qu'il comporte, car pendant de longues années, ce traitement a été le seul en honneur. Nombreux sont les cas où on doit y avoir recours. Ses résultats sont relativement fort bons dans une affection aussi rebelle et il doit toujours être tenté avant toute intervention sanglante. L'ectopie rénale, nous l'avons vu au début du chapitre précédent, peut rester indolore et souvent méconnue; quelquefois c'est par un pur hasard que le malade s'aperçoit d'une tumeur, qui est un rein flottant, tumeur non douloureuse encore, mais qui l'effraie et le pousse à consulter un médecin. On n'interviendra pas d'emblée par la néphropexie, mais on aura recours à un bandage pour ne pas exposer le malade, si on n'y portait remède, à s'inquiéter et à tomber dans l'hypochondrie; ou bien le rein mobile offre une des trois formes cliniques que nous avons étudiées et rentre dans une des deux variétés opératoires que nous avons vues.

Qu'on ait affaire à la variété simple où à la variété compliquée, on essaiera donc ce traitement qui est d'abord de prévenir la maladie et en second lieu de la guérir ou du moins de la soulager.

Prévenir la maladie constitue le traitement hygiénique de cette affection. Est-il possible de l'empêcher de se produire? On doit toujours essayer et nous avons ici à répondre à toutes les

indications que nous donne l'étiologie vraie ou supposée du rein mobile. Il faut veiller à l'usage des corsets, comme l'a dit Cruveilhier et des vêtements trop serrés. Citerai-je à ce propos le cas devenu si banal de Trousseau, où il rapporte l'exemple d'un garde national qui ayant voulu se servir d'un pantalon d'uniforme devenu trop étroit fut pris de douleurs abdominales intolérables qui lui révélèrent l'existence d'une ectopie du rein droit qu'il avait portée jusque-là sans le savoir ? Les malades devront se garder de tout exercice violent, tels que l'équitation, la danse, la marche, les fatigues de toutes sortes qui pourraient amener un état aigu.

Les femmes sujettes à ces crises aiguës devront garder le repos au moment du flux menstruel, elles éviteront ainsi les accidents périodiques dont les douleurs intolérables peuvent avoir un retentissement fâcheux sur l'organisme entier et la santé générale.

Il sera bon, afin de ne pas méconnaître la nature du mal, de penser à l'existence de cette affection quand on se trouve en présence des douleurs que les femmes ressentent dans les reins et dans le ventre au moment des règles. Celles-ci s'accompagnent d'une congestion de la glande rénale : on interdira alors toute fatigue à ce moment, on ordonnera non seulement le repos complet, mais la position horizontale, les cataplasmes, les bains tièdes, les narcotiques, et on amènera ainsi lentement la malade de précaution en précaution jusqu'au moment où s'éteint la vie utérine.

Ce fait est basé sur la théorie exprimée par Becquet dans les Archives générales de médecine de 1865. Pour lui, au moment de la fluxion menstruelle, les reins prennent part à la congestion des organes génitaux. Cette tuméfaction est peut-être physiologique ; à coup sûr elle explique les douleurs si souvent ressenties au moment des époques, surtout par les femmes mal

réglées. Cette congestion rénale s'observe suivant les faits dans des conditions différentes ; elle est lente ou brusque. Dans le premier cas, tuméfié, plus pesant, le rein fait effort contre le faible obstacle qui le tient attaché et tend à quitter sa place. Bientôt, l'état fluxionnaire se dissipe, mais une congestion nouvelle survient qui alourdit de plus en plus l'organe ; chaque fois la résolution de l'hypérémie devient d'autant plus incomplète que le rein est descendu lui-même dens une position plus déclive. Ainsi, graduellement et à force de souffrances, poussé par des congestions sans cesse répétées, le rein paraît libre et flottant dans la cavité abdominale.

Que la congestion soit subite, au contraire, soit au moment des règles, soit après une course, une fatigue un peu forte, le scène éclate par une crise douloureuse. Le rein brusquement congestionné semble se dresser à la façon d'une tumeur érectile ; maintenu par les vaisseaux qui pénètrent dans le hile, il pivote en quelque sorte autour de leur point d'attache et entraîné en avant se montre sous la paroi abdominale qu'il refoule. Chaque nouvelle congestion vient ainsi donner au rein une impulsion de plus en plus forte, puis un jour, une de ces hyperhémies devient manifestement inflammatoire et le rein est maintenu en place. Telle est cette théorie de Becquet qui se résume dans ce terme : « congestion. »

Rouget a appris que l'évolution du follicule de Graaf détermine par acte réflexe la contraction des faisceaux musculaires qui englobent tout le système vasculaire propre à tout l'appareil génital, particulièrement les tissus utérins. La circulation, en retour, est gênée, il y a augmentation de tension dans les capillaires ; cette hypérhémie se fait sentir dans les organes génitaux et encore dans le système rénal lui-même par suite des anastomoses nombreuses qui unissent le plexus ovarique et le plexus rénal. L'opinion de Becquet se trouve alors parfaitement

justifiée et cela d'autant mieux, que de nombreuses observations montrent que les crises douloureuses accompagnant l'ectopie rénale se font surtout sentir avant l'écoulement des menstrues et d'ailleurs la presque totalité des reins flottants s'observe chez les femmes durant la période active de la vie de dix-huit à quarante cinq ans.

Mais le vrai traitement médical du rein flottant est celui qui a pour but : 1° la réduction et la contention de l'organe; 2° l'amélioration des accidents douloureux continuels ou intermittents qui se présentent dans le cours de l'affection.

1° Réduction et contention de l'organe.

Quand ont est appelé auprès d'une malade portant un rein qui forme tumeur dans l'abdomen, et qui occasionne des sensations de pesanteur ou de tiraillement, sans accidents douloureux aigus, il faut d'abord réduire. La réduction est souvent effectuée par la malade elle-même, soit naturellement, soit qu'elle prenne les positions les plus bizarres pour arriver à ce résultat, soit par le médecin.

La réduction s'effectue soit par la position horizontale avec le siège élevé, soit par la pression de la main : ou comme dans l'observation de Guyon, on fait accroupir la malade, les jambes fléchies, les reins soutenus, courbés en avant et à gauche. Le rein droit, son extrémité arrondie en haut, fut conduit sous le foie, tout à coup il s'échappa et se réduisit. Mais, nous l'avons vu nous-même, c'est quelquefois la malade qui indique le mode de réduction et l'exécute par la flexion forcée du thorax.

Lorsque le sujet est en proie à une de ces crises douloureuses aiguës que nous avons signalées, les bains, les fomentations chaudes, la morphine à petites doses rendent de grands services, mais le plus souvent encore c'est au *décubitus horizontal* et à la *réduction* du rein qu'on aura recours. Chez certaines malades, cette réduction s'accompagne d'une détente

immédiate, absolument comme après la réduction d'une hernie. Ce résultat est obtenu par le maintien du sujet dont le décubitus horizontal et le siège élevé ; le soulagement consécutif indique bien la part du déplacement rénal dans l'ensemble des phénomènes observés. « En tout cas, la réduction est une manœuvre indispensable comme épreuve thérapeutique dans le rein mobile compliqué d'entéroptose » (Duplay et Reclus).

Pour maintenir la réduction, nous avons deux moyens qui se rapprochent de ceux que l'on emploie dans le traitement des hernies. Ce sont les bandages et appareils et l'intervention chirurgicale. Nous ne nous occupons ici que des premiers.

Le maintien par bandage doit toujours être essayé. L'appareil le plus simple consiste en un ressort muni d'une pelote et soutenu par une ceinture élastique. Cet appareil a rendu de bons services. Il est basé sur le même principe que le bandage ombilical de Dolbeau. La pelote placée en regard du rein le refoule directement vers la partie profonde de l'abdomen. Si le rein n'est pas complètement réduit, du moins, les tiraillement du pédicule, l'irritation des filets nerveux et la gêne de la circulation veineuse n'existent plus. On remédie ainsi aux douleurs sourdes ou aux névralgies et à l'hypérémie chronique, prélude de la néphrite interstitielle. Mais il faut que la pelote soit assez large pour que le rein ne se dérobe pas à sa pression ; on peut employer aussi une ceinture large, de tissu élastique, munie d'une ampoule en caoutchouc vulcanisé qu'on peut détendre plus ou moins par insufflation. M. Peter a observé ainsi un beau cas de guérison ; ou on peut employer encore les appareils à ceinture métallique et à pelote portée par une tige articulée à angle droit avec la ceinture. La pelote en équerre agit en deux sens, sa branche inférieure et horizontale protège et soutient l'organe tandis que la verticale forme une barrière qui l'arrête en dehors. Niehans a imaginé une sorte de bandage herniaire double, sur

l'un des ressorts duquel est adaptée une tige rigide verticale. L'extrémité supérieure de cette tige s'articule avec une pelote oblongue au moyen d'une articulation en genou, qui permet à la pelote de suivre tous les mouvements du corps. Une ceinture faisant le tour de la taille et fixée aux deux extrémités de la pelote empêche cette dernière et la tige qui la supporte de basculer.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur la description des bandages. On en a inventé un grand nombre et beaucoup d'entre eux ne donnent quelquefois pas les bons résultats qu'on obtient avec un simple bandage de corps en flanelle.

Quel que soit l'appareil, la pelote doit être large, elle doit s'appliquer en avant de l'échancrure costo-iliaque, le ressort doit présenter une élasticité bien calculée sur la résistance à vaincre et sur l'épaisseur de la paroi abdominale, et c'est là une difficulté sérieuse, car si l'élasticité est trop faible, il ne maintient plus la glande, si elle est trop forte, la pression n'est pas tolérée. La courbure, l'inclinaison et la forme de la pelote doivent être également variées suivant les sujets. L'appareil est placé quand le malade est dans le décubitus doral, le rein étant préalablement réduit, Enfin, on doit examiner si, sous l'influence des mouvements ou des efforts, l'organe passe au-dessous du bandage. Malgaigne allait même jusqu'à conseiller l'équitation en dernier ressort pour s'assurer de la valeur du bandage. Il semble que l'application d'un bandage soit chose facile et cependant rien n'est plus difficile dans la pratique. Bien des femmes atteintes de cette affection supportent difficilement leurs jupons et ne peuvent se résigner à conserver ce bandage dont la pression leur est gênante et désagréable ou douloureuse. Plusieurs d'entre elles se contentent de la simple ceinture de corps dont nous parlions plus haut.

Quoiqu'il en soit, les ceintures remplissent parfaitement l'in-

dication principale qui est d'éviter les chocs et les ballotements qui peuvent provoquer la congestion de l'organe déplacé, ou amener dans des circonstances imprévues des complications mortelles. On doit maintenir les ceintures par des sous-cuisses qui les empêchent de remonter. Par leur emploi, la paroi abdominale relachéese trouve remplacée par une zone élastique dont le ressort agit avec douceur et d'une manière continue. Elles sont surtout utiles dans les cas où cette pression exercée par les parois de l'abdomen vient à faiblir par suite de grossesses multipliées qui auront amené un déplacement de la masse intestinale et des reins tiraillés par le péritoine. Elles ont l'avantage sur la pelote de soutenir non seulement le rein, mais aussi les parties voisines. Le mieux est de les associer. C'est pour ces cas que Glénard a inventé sa pelote par-dessus laquelle on peut appliquer une ceinture élastique.

Ces appareils donnent quelquefois de bons résultats. Ce qu'on leur demande, c'est de maintenir les reins suffisamment, si la réduction n'est pas complète. Quelquefois les malades en retirent un bénéfice notable et les accidents disparaissent complètement. Mais il ne faut guère espérer une guérison permettant à un moment donné de se passer de moyens de contention. Il faut les porter toujours.

Nous citerons ici deux observations d'amélioration par l'emploi de ces bandages.

La première est une observatlon de M. Marfaut, très remarquable par l'intensité des phénomènes qu'a présentés le malade et qui ont disparu.

OBSERVATION I.

Déplacement du rein gauche chez un homme de soixante ans. — Troubles digestifs. — Accidents de dépression cérébrale (travail intellectuel moins facile, mémoire moins vive, Dr MARFAUT).

Ces phénomènes devenant à la longue de plus en plus prononcés, le malade n'avait plus la force d'écrire une lettre, la volonté manquait tout à fait d'énergie, la mémoire s'était affaiblie, l'état moral devint déplorable. Une véritable mélancolie survint ; les troubles digestifs s'aggravèrent aussi. Le malade fut vu en 1888, quinze jours après le début des accidents. La parole est lente et un peu traînante ; on trouve le rein superficiellement au voisinage de l'ombilc, on le déplace aisément, mais on ne peut le réduire. Estomac non dilaté. Pas de signes d'enteroptose. Les troubles digestifs venaient de cette ectopie, mais les troubles nerveux avaient-ils la même origine ? car il avait dans sa famille des accidents névropathiques. Il fallait maintenir le rein, s'efforcer de de le refouler vers sa loge normale et l'y immobiliser. Alors se présenta cette question de la ceinture si difficile à résoudre. On fit faire une première ceinture ayant en avant de 25 à 30 centimètres de hauteur. Son bord inférieur passait au niveau du pubis, recouvrant latéralement le grand trochanter et ses extrémités croisées en arrière, venaient s'attacher en avant, de façon à ce que le malade pût exercer lui même la compression nécessaire. Un tampon fait avec de la ouate enchâssée dans un tissu fin, grand comme la main et un peu aplati, fut fixé en regard de la situation habituelle du rein déplacé. Telle qu'elle était, quoique grossièrement faite, cette ceinture soulagea beaucoup le malade qui déclara, quelques jours après, qu'il se sentait renaître. Muni de ce modèle, il s'adressa à un bandagiste qui lui construisit une ceinture pareille, mais perfectionnée par les baleines qui la maintenaient, la quantité de tissu, la confection du tampon.

Depuis qu'il porte cette ceinture, le malade a vu disparaître tous les

troubles nerveux et les phénomènes dyspeptiques.

La compression douce, mais constante, exercée par le tampon, eut pour premier effet d'immobiliser le rein ; plus tard, elle le déplaça en haut, en arrière, de sorte que le malade changea lui-même la situation du tampon.

Au bout de dix mois, le rein paraît avoir contracté des adhérences dans sa nouvelle situation (au voisinage de la grosse tubérosité de l'estomac), car, en le palpant, il est difficile de le faire mouvoir.

OBSERVATION II. — (Tuffier.)

Mademoiselle B... vint en septembre 1888 à ma consultation. Elle était âgée de dix-huit ans. En décembre 1887, elle ressentit des pesanteurs de ventre et quelques tiraillemenls dans la région des reins, surtout du côté droit. Ces accidents ne se manifestaient que pendant la station debout et pendant la marche. Ils disparaissaient par le décubitus dorsal; aussi la malade devint de plus en plus paresseuse. Cet état s'accompagnant d'un peu d'anémie, le médecin conseilla l'emploi du fer et du quinquina. Pas de résultats. Les douleurs s'accentuaient notablement au moment des règles. En août 1888, un autre médecin, consulté, examina avec soin la colonne vertébrale, ne trouva aucune déviation et prescrivit des frictions sur la région du rein. C'est alors qu'elle nous fut adressée.

On trouva, dans la région lombo-iliaque droite, une tumeur arrondi lisse, ballottant nettement par l'exploration bimanuelle, lombo-abdominale, indolente spontanément et à la palpation.

En la comprimant légèrement entre les deux mains, elle fuit subitement et rentre dans la région lombaire, où elle reste tant qu'elle est couchée.

La malade a abandonné le corset depuis le début de ses douleurs. On supprime tout traitement médical et on applique une ceinture en tissu souple munie d'une pelote à air qui pénètre sous les fausses côtes.

La malade doit la mettre pendant qu'elle est encore couchée.

Depuis, elle marche et se tient debout toute la journée, ainsi que l'exige sa profession de demoiselle de magasin.

Tout trouble a disparu.

Cette pelote fut appliquée le 5 octobre, et au mois de mars cette amélioration persiste encore.

La seconde indication à remplir du traitement médical s'adresse soit aux phénomènes douloureux de l'affection, soit à ces crises de vomissements qu'on observe quelquefois chez plusieurs malades; soit à l'inflammation enfin qui frappe l'organe lui-même.

Nous ne pouvons mieux faire pour l'étude et le traitement de ces crises de vomissements si utiles à combattre que de nous inspirer de la communication faite en octobre 1892, à la Société de Médecine de Paris, par M. Mathieu. Pour lui, et aussi pour MM. Debove et Rendu, la coïncidence de la dyspepsie et du rein mobile est fréquente. Il survient des accès de vomissements avec douleurs gastralgiques qui donnent lieu à de véritables crises gastriques, ainsi que l'avait déjà montré Lindner. M. Mathieu en a trouvé 7 cas en moins de deux ans chez la femme. Ce n'est donc pas un accident rare. Ces crises sont caractérisées par des vomissements incoercibles. Le début peut en être brusque ou insidieux. Le plus souvent ces vomissements sont d'abord espacés; ils ont lieu une ou deux fois par jour, le matin et le soir; puis ils se rapprochent; bientôt il s'établit une intolérance gastrique absolue et chaque ingestion alimentaire est suivie du rejet des substances dégluties. En même temps, il y a des douleurs gastralgiques intenses qui précèdent les vomissements et ne font jamais défaut quand ces vomissements se répètent 6 à 10 fois par jour. L'analogie est alors complète avec les crises tabétiques, d'autrefois il y a un retentissement douloureux entre les deux épaules et le tableau clinique ressemble

beaucoup à celui de l'ulcère rond. Quand on palpe l'abdomen dans l'intervalle des crises, on provoque de la douleur au creux épigastrique. Les vomissements sont souvent alimentaires et se produisent un quart d'heure à une demi-heure après les repas. Quelquefois, les malades rejettent en assez grande abondance un liquide aqueux, plus ou moins filant parce qu'il est mélangé en proportions variables de particules alimentaires et de liquides muqueux. Les vomissements sont quelquefois bilieux à la suites d'efforts et d'expulsions répétés; ou le matin chez des gens qui ont une pénétration de la bile dans l'estomac, grâce à son état plus ou moins durable d'insuffisance pylorique. La durée des crises de vomissements peut aller de quelques jours à plusieurs semaines. Les malades chez qui ces faits se sont présentés, étaient toutes des névropathes; elles se rapprochaient plus de la neurasthénie que de l'hystérie. La constipation est habituelle chez ces malades et souvent très tenace, Dans la dyspepsie du rein mobile, comme dans la dyspepsie nerveuse, la dilatation de l'estomac est assez rare, M. Mathieu ne l'a observée qu'une fois. Les malades dont le suc gastrique a été chimiquement examiné n'avaient pas d'hyperchlorhydrie. L'intensité de la dyspepsie et des crises gastriques n'est pas en rapport avec le degré de mobilité du rein, cet organe peut être simplement abaissé, mobile, ou véritablement flottant. Les malades sont maigres, pâles, impressionnables; elles perdent beaucoup de leur poids au moment des crises, s'anémient davantage, leur teint devient jaunâtre, leur nervosisme s'exagère. Les crises gastriques du rein mobile peuvent être très espacées les unes des autres, même de dix à quinze ans. Les causes occasionnelles qui les provoquent sont le retour des règles, le surmenage et les émotions vives. Les crises de vomissements survenant chez des malades atteintes de rein flottant, donnent lieu à des erreurs de diagnostic, si, ce

qui est fréquent, on ne recherche pas la néphroptose. On peut penser au tabes dorsal, à la grossesse, à l'hystérie, à un étranglement interne, à un empoisonnement. La préoccupation du rein mobile doit donc guider le médecin chez les femmes bien plus que chez les hommes, le déplacement anormal du rein étant surtout une lésion féminine.

Le traitement sera d'abord le repos complet et le décubitus dorsal. On fera porter une ceinture à la malade, celle de M. Mathieu est très simple et à la portée de tout le monde. Il en a obtenu de bons résultats, aussi la mentionnerons-nous. C'est une ceinture de laine tricotée, constituée par trois bandes de la largeur de la main, imbriquées en avant sur l'abdomen, directement superposées en arrière. Les trois bandes peuvent rester indépendantes et être fixées par des épingles de nourrice ou être attachées à des pattes munies de boucles. La bande inférieure, pour ne pas remonter, est attachée aux bas par des bandes élastiques.

Lorsque le rein est fortement déplacé en avant, on fait ajouter à droite un coussin en crin dont la partie la plus épaisse est dirigée en bas. Le coussin est encore utile chez les femmes maigres. Il est bon de donner aux malades des calmants gastriques. Eau chloroformée, chlorhydrate de cocaïne 0 gr. 05 par jour. Extrait gras de cannabis indica, 0 gr. 03 par jour en plusieurs fois dans la journée.

Au début, on donnera le régime lacté, puis des œufs, des viandes bien divisées, rôties. Dans les cas graves, quand la dépression et l'amaigrissement sont marqués, gavage à la poudre de viande alcalinée. C'est le meilleur moyen de venir à bout de ces vomissements incoercibles. On a voulu donner comme causes de ces vomissements les raisons suivantes : néphroptose intermittente pour Terrier ; compression du pylore ou de l'uretère par le rein déplacé ; irritation du plexus solaire ; mais leur

pathogénie n'est pas connue. La néphropexie pratiquée quand tout moyen médical a échoué a amené des succès.

Aux crises douloureuses décrites dans le chapitre II, on oppose : le repos au lit, les cataplasmes laudanisés, sur l'abdomen et tous les calmants. On fera des injections de morphine, mais quelques malades arrivent à en prendre de fortes doses quotidiennes pour éprouver quelque soulagement. On pourra essayer aussi les lavements laudanisés.

Quand le rein s'accompagne, soit d'une inflammation du tissu cellulaire environnant, soit d'une congestion de l'organe lui-même, il faut chercher à en amener la guérison. Contre cette hypérémie, on appliquera sur la région malade des ventouses ou des sangsues.

Contre le pyélite et la néphrite, la médication émolliente peut avoir quelques chances de succès. Contre les complications spéciales, c'est-à-dire contre les affections propres au rein, le traitement médical ne sera guère de mise, et c'est à une intervention radicale qu'on aura recours.

S'il survieut de la péritonite, des névralgies, de l'anémie, on les traitera séparément.

On traitera la dilatation d'estomac, si elle existe; l'hystérie fréquente. On a recommandé l'usage des eaux de Plombières, de Neris, et l'hydrothérapie sous forme de grands bains tièdes.

On laissera les douches de côté. Voici en effet, à l'appui de ce dire, le résumé d'une observation de M. Rendu, citée par Callais (Thèse de Paris, 1883).

OBSERVATION III.

Rein ectopié consécutif à un traumatisme. — Traitement par les douches, mauvais résultat. — Amélioration considérable par le port d'un bandage. (Rendu).

Un ingénieur du chemin de fer de P. L. M., Mr D..., à la suite d'un accident assez grave qui le précipita dans une fondrière, ressentit de violentes douleurs rénales s'accompagnant, pendant quatre jours de suite, d'hématurie. Au bout de ce temps, tout rentra dans l'ordre. A quelques mois de là, survint une nouvelle hématurie, sans cause connue, accompagnée de douleurs très vives simulant complètement une crise de coliques néphrétiques, mais sans émissions de graviers.

En 1879, ces accidents reparurent quatre ou cinq fois, caractérisés par une vive douleur abdominale, surtout au côté droit du ventre, amenant des nausées sans vomissements, un malaise général et, finalement, se terminant toujours par hématurie.

M. D... envoyé à Contrexeville dans l'idée d'une lithiase rénale, y buvait huit à dix verres par jour et prenait quotidiennement une douche sur la région des reins. Sous cette influence, l'état ne fit que s'aggraver.

En 1881, il vint à Paris consulter MM. Potain et Rendu qui tombèrent d'accord sur l'existence d'un calcul du bassinet, quoiqu'on n'eût pas constaté l'existence d'urines muqueuses ni purulentes, circonstance rare pour un calculeux de vieille date. On conseille un verre d'eau de Capvern tous les matins, le régime lacté mixte, quelques gouttes de perchlorure de fer au repas du soir; le malade devait éviter les secousses, les marches rapides, écarts de régime, ne pas boire de bière et porter sur le ventre une ceinture de flanelle.

Sous l'influence de ce traitement, un mieux considérable se produisit à tel point, qu'en 1882, M. D... se remit à chasser; mais, à la suite d'un faux pas, nouvelle douleur et nouvelle hématurie consécutive.

Ce fut à ce moment que M. D... constata l'existence d'une tumeur dans

le côté droit et que, étant venu consulter M. Rendu, celui-ci constata chez le sujet debout, la présence d'un rein en ectopie.

Il résulte de cette observation que c'est le traumatisme initial qui a luxé le rein et déterminé la première hématurie, que tout acte brusque, toute secousse vive congestionnaient l'organe et entraînaient la sensation douloureuse, les crises avec nausées, les hématuries (c'est pourquoi les douches furent si mal supportées). M. Rendu conseilla au malade une ceinture élastique à pelote supérieurement concave répondant à l'hypocondre droit et le malade fut considérablement soulagé.

Le massage est fort en honneur à l'étranger. Kumpf lui accorde une grande cqnfiance, il pense que sous l'influence de ces manipulations, le péritoine se rétracte et que la consolidation dans les moyens de fixité du rein en est la conséquence.

Buam admet aussi le rôle du massage qui lui a donné un succès, mais uniquement par son action sur la musculature abdominale. C'est un procédé qui n'est pas employé en France, et nous croyons que les résultats de cette méthode ne peuvent être que peu encourageants. Nous ne citons cette opinion que pour être complet et nous accordons la préférence aux bandages. Nous terminons ce long chapitre du traitement médical en faisant ressortir l'importance de penser au rein flottant dans les divers cas qui peuvent simuler cette affection et en recommandant, en présence des crises douloureuses, l'indication de joindre à une piqure de morphine, la réduction du rein mobile et la nécessité de mettre le malade sur un plan incliné qu'on obtient en soulevant fortement le lit. Quand tous ces moyens bien dirigés ont échoué, que tous ces phénomènes douloureux, dyspeptiques ou névropathiques rendent insupportable la vie des malades, on leur proposera la néphropexie.

CHAPITRE IV

Traitement chirurgical du rein mobile.

De la Néphropexie. — Ses divers procédés. — Sa méthode opératoire. — Ce qu'on demande à la néphropexie. — Accidents de l'opération. — Ses suites, son traitement consécutif.

La néphropexie est une opération qui consiste à fixer à la paroi abdominale postérieure le rein devenu mobile. Cette opération est encore désignée sous le nom de néphrorraphie, mais M. Le Dentu trouve que ce terme prête à confusion et doit plutôt être réservé à la réunion des plaies de cet organe, c'est-à-dire à leur suture.

Ce fut Hahn, de Berlin, qui, en 1881, eut le premier l'idée de traiter ainsi l'éctopie rénale, afin de remplacer la néphrectomie et substituer à une opération grave une intervention inoffensive ainsi qu'il résulte des chiffres fournis par la statistique de ces deux opérations. Mais, depuis Hahn, plusieurs méthodes sont en présence, et voici les quatre principales qni ont été employées :

1° La néphropexie où le chirurgien suture seulement la capsule cellulo-graisseuse du rein aux lèvres de la plaie.

C'est la méthode de Hahn.

2° La néphropexie où la capsule cellulo-adipeuse est divisée en deux ou plusieurs lambeaux, chacun d'eux étant suturé aux parties musculaires voisines et où de plus le rein lui-même est traversé par des fils dans la situation où on cherche à l'immobiliser. C'est le procédé de Duret.

3° La néphropexie où le rein seul est suturé et où la suture de la capsule cellulo-adipeuse a été négligée.

C'est le procédé de Guyon.

4° La néphropexie dans laquelle le rein est décortiqué de sa capsule propre sur une certaine étendue, celle-ci est en contact avec la plaie lombaire, et le rein maintenu par des fils de catgut.

Nous allons décrire successivement chacun de ces procédés.

Méthode de Hahn, — Ce chirurgien pratique la première fois cette opération sur une jeune fille de vingt-un ans, atteinte de deux reins flottants douloureux. Le rein droit était plus mobile que le gauche et c'est cet organe qui fut suturé ; mais il se contente de fixer la couche cellulo-graisseuse du rein à la plaie lombaire, ce qui fait que la fixation de l'organe est indirecte. Depuis l'opération, les douleurs très violentes qui avaient forcé cette jeune fille à s'aliter depuis deux ans diminuèrent, mais ne disparurent pas tout à fait. Et la mobilité reparut au bout de quelques mois. L'incision avait porté en dehors de la dernière fausse côte à la crête iliaque, incision verticale portant jusqu'au rein. A l'aide de quelques fils de catgut, Hahn fixe la capsule cellulo-adipeuse à la plaie lombaire qui fut suturée.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une dame de trente-huit ans, dont le rein droit était très mobile, qui fut opérée par le même procédé, et au bout de six semaines la plaie était complètement fermée, mais le rein redevint mobile à cause de la marche et de son propre poids.

Hahn vit lui-même qu'il fallait alors perfectionner ce procédé et il conseilla de comprendre dans la suture et la capsule adipeuse du rein et la capsule propre de cet organe. C'est Bassini qui employa des sutures complexes passant à travers ces deux capsules. Il plaça une première suture au milieu de

son bord convexe, une seconde sur sa face postérieure, une troisième sur sa face antérieure et les fixa toutes les trois aux parties correspondantes des tissus profonds de la plaie, puis il divisa transversalement le tissu graisseux recouvrant la moitié inférieure du rein en quatre portions dont il fixa la première au périoste de la onzième côte, la deuxième à la lèvre antérieure de la plaie, la troisième et la quatrième correspondant au pôle inférieur du rein à la lèvre postérieure.

Robert Weir, de New-York, Agnew Hayes, Turgard, de Lille employèrent est le même procédé, ce dernier en France pour la première fois avec succès momentané.

Deux ans plus tard, Ceccherelli modifia un peu cette méthode. La différence consiste dans le mode d'application des sutures profondes. Il plaça sur la substance corticale sept points au catgut formant deux groupes; les fils supérieurs, au nombre de quatre, furent liés autour de la douzième côte, chacun d'eux en faisant deux fois le tour; les trois fils inférieurs sont fixés à la partie profonde des lèvres de la plaie. Ces sutures embrassent en même temps la couche cellulo-graisseuse.

Paoli, ayant réséqué la douzième côte, suture la capsule fibreuse propre du rein à la couche adipeuse et fixa au même temps l'une et l'autre aux lèvres de la plaie; un fil traversa le dernier espace intercostal.

C'est ici que se place la deuxième méthode, celle de Duret, où la capsule cellulo-adipeuse est divisée en deux ou plusieurs lambeaux qu'on suture aux parties musculaires voisines, et où de plus le rein lui-même est traversé par des fils.

Ce chirurgien pratiqua sa méthode dès 1887, et un de ses élèves, Vanneufville la développa dans sa thèse en 1880. Il avait pensé que la cause des insuccès de ses prédécesseurs était l'absence de soutien fourni à la cicatrice pendant sa formation ; aussi chercha-t-il à lui procurer cet appui en plaçant des fils

suspenseurs qui traversent le rein et viennent se fixer à la dernière fausse côte et à la paroi abdominale. La fixation par la capsule cellulo-adipeuse permet seule la formation d'un ligament cicatriciel, et la fixation de la capsule propre sert comme moyen d'attente, elle soutient mieux le rein, elle empêche les fils de déchirer la capsule adipo-celluleuse.

Voici, d'ailleurs, comment Duret pratiqua cette opération, ainsi qu'il la décrit dans son mémoire à l'Académie Royale de Belgique en 1888.

« On pratique une incision verticale dans le sillon qui limite « en dehors la masse sacro lombaire ; l'aponévrose profonde « du transverse est divisée en dehors du bord libre du carré des « lombes. On dissocie le tissu rétrorénal et on introduit le doigt « dans la plaie, tandis qu'un aide, déprimant le flanc correspondant, rapproche le rein du doigt explorateur. Ce rein est « saisi avec une pince de Museux.

« On commence, une fois arrivé sur le rein, à pratiquer sur « sa capsule cellulo-adipeuse une incision cruciale. On fend « longitudinalement sur le bord convexe du rein jusqu'à un ou « deux centimètres de distance de l'un et l'autre pôle, puis on « fait tomber sur le milieu de cette première section une deuxième « section transversale qui s'avance sur la moitié des deux faces « du rein ; à l'aide du doigt, on décolle doucement des parties « sous-jacentes la capsule adipeuse jusqu'à ce qu'on puisse « amener aisément les quatre angles dans la plaie.

« Le rein ainsi attiré vient au contact de celle-ci.

« Nous avons pu, sans inconvénient, chez nos deux malades, « passer à l'aide d'aiguilles courbes cinq ou six fils de soie à « travers la capsule propre du rein et aussi un peu dans la « substance corticale. Nous faisions ensuite pénétrer les fils « dans le périoste de la onzième côte ou à travers les parties « profondes de l'extrémité supérieure de la plaie. Le rein appa-

« raît ainsi comme soutenue par de petits cordages. Dans cha-
« que angle de la capsule adipeuse, nous plaçons dix à douze
« fils de soie qui vont ensuite traverser les muscles et les parties
« profondes de la plaie en divers points de sa périphérie, surtout
« dans la région supérieure, aucun de ces fils n'est fixé à la
« peau.

« Une portion très nette de la capsule adipeuse se trouve ainsi
« comprise entre les lèvres de la plaie et se soude à cette
« dernière ».

Voici à l'appui de cette idée le résumé des deux observations, l'une rapportée par Duret, l'autre par Vanneufville, et où cette opération fut appliquée.

OBSERVATION IV.

Il s'agit d'un rein devenu mobile à la suite d'une chûte chez une femme de trente-trois ans, domestique. Quelques semaines après apparurent des douleurs lombaires persistantes qui gênaient beaucoup son travail. Au moment des périodes menstruelles survenaient de véritables crises qui la clouaient au lit. Tout traitement médical a échoué ; l'état général est devenu mauvais ; elle devint irritable et la présence d'un rein mobile fut reconnu par l'examen de la malade dans le décubitus dorsal, la station debout et la position genu-pectorale. Cette femme fut opérée le 6 mai 1887.

Après avoir fait l'incision cruciale de la couche cellulo-adipeuse, on appliqua successivement sept fils de soie passés, à l'aide d'une fine aiguille courbe, sous la capsule propre du rein à travers la partie la plus superficielle de son écorce, on les fixa aux parties profondes de la région supérieure de la plaie opératoire. De même la capsule adipeuse est maintenue et fixée en dehors par six fils de soie passés à travers les muscles sectionnés et le tissu sous-cutané. A la partie inférieure, on rapproche enfin les deux lèvres de la capsule adipeuse par deux points

de suture, après avoir pris la précaution de glisser entre elles et le rein un long drain. Le 30 mai, la malade sortit complètement guérie et reprit ses occupations.

OBSERVATIONS V. (Vanneufville.)

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, ménagère, qui entra à l'hôpital pour des douleurs gastriques et lombaires des plus intenses durant depuis plusieurs années, avec crises menstruelles très violentes. Elle fut soignée pendant trois ans. Ces douleurs étaient extrêmement vives, apparaissaient dans le flanc droit et l'épigastre et s'accompagnaient de vomissements bilieux tenaces. La malade souffrait tellement, qu'elle se roulait souvent dans son lit en poussant des cris et que l'accès pouvait durer trois et quatre heures et même une journée si on n'intervenait pas par des injections de morphine,

Ces douleurs furent prises pour des coliques hépatiques, des douleurs d'origine médullaire parce que cette femme avait des antécédents nerveux héréditaires.

On trouva à son entrée à l'hopital, après une crise plus grave que les autres, que le rein droit était déplacé, très rapproché de la paroi abdominale el répondant au bord externe du muscle droit de l'abdomen. On l'opéra le 14 juin. Elle sortit dans les premiers jours de juillet et elle revint au mois d'octobre avec des accès de gastralgie. Le rein pouvait être déplacé de plusieurs centimètres, les crises douloureuses avaient reparu, mais moins fortes qu'avant l'opération.

En somme, pour résumer la méthode de Duret, on voit qu'il y a deux plans de suture, un profond qui porte sur le tissu du rein et sur sa capsule propre et un superficiel qui fixe la capsule adipeuse du rein aux muscles sectionnés et aux tissus sous-cutanés.

Comment expliquer, dans ce cas, le mode de fixation du rein ? Voici à ce sujet ce qu'en dit Vanneufville, d'après les résultats que lui a fourni l'étude expérimentale chez le chien, chez qui le rein est flottant à l'état

normal. L'autopsie consécutive des animaux opérés a permis de se rendre compte de la façon dont la néphropexie fixe le rein mobile. Cet organe se trouve maintenu au moyen d'un appareil ligamenteux de nature fibreuse, très résistant et inextensible. En outre on trouverait le long des fils de petits ligaments qui interviendraient dans l'immobilité de l'organe. Chaque fil suspenseur serait ainsi l'origine d'un pilier cicatriciel qui, partant du point d'émergence du fil à la surface du rein, va se fixer à la paroi lombaire. Les fils résorbables disparaissent au milieu de ces piliers, les fils non résorbables s'y enkystent. Ces piliers seraient la véritable cause de fixation du rein, obtenue par ce procédé.

« La suture seule de la capsule cellulo-adipeuse, donne lieu à la for-
» mation d'une toile cellulo-fibreuse peu résistante, insuffisante pour
» fixer définitivement le rein flottant. La suture seule du rein, par des
» fils traversant la substance corticale, aboutit à l'immobilisation plus ou
» moins complète de l'organe par de petits ligaments fibreux; leur nom-
» bre n'est pas toujours en rapport avec celui des fils de suture. La su-
» ture simultanée de la capsule cellulo-adipeuse et du rein procure une
» fixation parfaite de l'organe. Ce dernier est retenu à la paroi par un
» gros ligament ou une lamelle résistante de nature fibreuse (capsule
» cellulo-adipeuse) et plusieurs petits ligaments se dirigeant vers la
» dernière côte (fils de suture du rein). (Vanneufville). »

Nous trouvons aussi dans la *Semaine médicale* de 1889 l'observation d'une femme de 42 ans opérée par Terrillon, suivant le procédé de Duret. Il s'agissait d'un rein très volumineux et très douloureux. la néphropexie a donné de bons résultats. La malade ne souffre plus et le rein semble diminuer de volume.

Parmi tous les procédés que nous avons vus, celui de Duret semble le meilleur et a donné quelques succès. Il y a avantage à ramener au dehors le plus possible les lambeaux de la couche cellulo-adipeuse. M. Le Dentu trouve qu'il doit en résulter une tension de cette couche en avant du rein qui peut contribuer à le maintenir dans sa nouvelle position.

Entre ce procédé et celui de Guyon que nous décrirons, nous citerons une observation originale et qui ne présente qu'un intéret de curiosité scientifique, c'est celle de Greig Smith. Voici cette observation résumée.

OBSERVATION VI.

Fixation d'un rein mobile en grattant sa capsule à travers la région des lombes.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, quien avril 1883, vint réclamer une intervention chirurgicale pour des douleurs de ventre, manque d'appétit, maux de tête et tumeur dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque du même côté. On constate que la tumeur était mobile dans toute la moitié droite du ventre, dans tous les sens, et pouvait être abaissée jusqu'à la crête iliaque. Sa consistance et sa forme était celles du rein. Greig Smith pensa avoir affaire à un rein flottant, mais pouvant se trouver en présence d'une tumeur de l'ovaire avec long pédicule, il incisa la paroi abdominale antérieure afin de pouvoir enlever la tumeur, si c'était l'ovaire, faire la néphrorraphie si c'était le rein.

L'opération démontra qu'on avait affaire à un rein flottant.

Je pensais, dit-il, suturer le rein aux muscles voisins, en me servant d'une aiguille longue et courbée. J'avais l'intention de passer les fils de catgut à travers le rein et les muscles et de les nouer au dehors, dans la région lombaire, chacun des fils passant par une incision punctiforme de la peau. Mais, le rein offrant peu de résistance, je dus employer un autre artifice. Je poussais le rein en arrière, le maintenant dans sa place normale ; de l'autre main, je fis pénétrer une longue aiguille dans la capsule cellulo-adipeuse et je lui imprimais des mouvements en divers sens, de manière à produire une inflammation capable de donner du tissu cicatriciel pour immobiliser l'organe.

Ce procédé, tout de hasard, n'a pas produit de résultats favo-

rables ; les douleurs disparurent bien momentanément, mais au bout de six semaines elles revinrent par accès.

Procédé de Gardner. — Il fixa d'abord à la plaie la couche graisseuse, traversa le rein avec deux tendons de Kanguras qui furent noués par-dessus cet organe. Deux aiguilles engagées dans l'anse de ces tendons les ramenèrent vers l'extérieur. La plaie fut réunie par première intention.

Procédé de Newmann. — Ce chirurgien ayant fixé la couche corticale et la couche graisseuse à la plaie, laissa celle-ci ouverte afin d'obtenir une cicatrisation par bourgeonnement et non par première intention.

Nous arrivons maintenant au procédé de Guyon, où le rein seul est suturé et où la suture de la capsule cellulo-adipeuse est négligée.

Guyon. — Voici ce que ce chirurgien en dit dans la *Semaine Médicale* de 1889. La possibilité de fixer le rein d'une façon durable et probablement définitive a été démontrée par les faits. Ce qu'il faut remarquer, c'est que les succès durables appartiennent aux opérateurs qui ont suturé directement le rein en passant à travers sa substance. Aucun accident ne résulte de cette pratique. Il faut en outre multiplier les points de suture, répartir les attaches normales du rein sur les deux lèvres profondes de la plaie et superposer à la suture de fixation une suture de soutien.

Il serait bon de suspendre l'organe à la dernière côte pour que la substance réno-pariétale offre toute sécurité.

Les deux opérations suivies de succès, pratiquées par Guyon, semblent prouver qu'on peut faire abstraction de la faible résistance offerte par la capsule graisseuse.

OBSERVATION VII.

Malade opérée le 25 avril 1888, à Necker, revue le 7 février 1889. — Observation présentée le 19 février 1889, à l'Académie de Médecine.

Femme de cinquante-quatre ans. A eu deux grossesses normales, accouchements faciles ; elle a atteint la ménopause depuis quatre ans.

Depuis trois ans, elle souffre de douleurs dont elle s'aperçut pour la première fois en nettoyant des vitres, dans un mouvement où elle se renversa en arrière. Depuis, ces douleurs du côté droit n'ont fait qu'augmenter, avec irradiations et paroxysmes. Le decubitus dorsal la calmant peu, il se produisit au contraire un énervement, un agacement qui force la malade à se lever. Elle préfère les douleurs aiguës que lui provoque la marche à ces douleurs sourdes. Pas d'appétit, pas de sommeil, grande pâleur de la face. Le rein droit apparaît à droite de l'ombilic où il a une situation transversale. Il se réduit dans le décubitus dorsal.

Opération. — Incision sur le bord externe du muscle sacro-lombaire couche par couche, empiétant sur la dernière côte et la crête iliaque. La capsule cellulo-adipeuse, déchirée, laisse visible le bord convexe du rein. On passe les fils en *plein parenchyme* à un bon centimètre du bord postérieur. On charge l'aiguille avec du catgut numéro 3 assez long pour former anse double. Commençant par la partie inférieure du rein, on place ainsi quatre fils à environ un centimètre de distance. Le premier est alors conduit par un de ses chefs au-dessous de la douzième côte, autour de laquelle il est noué. Le rein étant ainsi solidement fixé, la suture est poursuivie avec toute la précision et le soin nécessaires. C'est à peine si cette franche transfixion du rein donne un peu de sang qu'arrête une légère compression avec une éponge.

Les anses sont sectionnées par le milieu. La moitié interne est passée par un point d'aiguille à travers la lèvre inférieure à la partie la plus

profonde, comprenant une certaine épaisseur de fibres musculaires, l'aponévrose du transverse et la capsule cellulo-graisseuse. Le fil est alors noué, mais peu serré pour ne pas couper le tissu rénal. La moitié externe, après avoir été croisée avec l'interne, est passée dans les mêmes conditions dans les tissus qui bordent la plaie dans sa profondeur. Le rein est alors fixé au fond de la plaie. Un deuxième plan de sutures, adossé au premier, fut placé dans la profondeur et fait au catgut.

Un autre superficiel, au crin de Florence, réunit la partie extérieure des lèvres de la plaie.

Comme suite opératoire, il y eut une abondante suppuration.

Le 20 juin 1888, elle quitta l'hôpital avec cicatrisation parfaite et immobilisation de l'organe, Elle fut revue le 7 février 1889 ; les douleurs avaient persisté encore jusqu'en décembre 1888.

Il faudra donc attendre, ajoute M. Guyon, attendre avec patience et ne pas croire à un échec si les résultats ne sont pas immédiats.

Voici le procédé opératoire tel qu'il est décrit par Guyon lui-même. La seconde opération (résumée) lui a donné aussi un succès.

OBSERVATION VIII.

Jeune fille de vingt ans, vigoureuse, bien portante jusqu'à quinze ans, époque à laquelle apparut une tumeur abdominale dans le flanc droit, sans aucun effort ni traumatisme à noter pour expliquer sa production. Le médecin de la famille caractérisa la maladie par le terme expressif de *hernie du rein*. Après chaque crise douloureuse, la réduction devenait de plus en plus difficile ; la malade prenait les positions les plus bizarres pour y arriver : accroupissement, flexion et torsion du tronc, pression avec les mains sur l'angle d'une table. La réduction ne se fait qu'au bout de deux à trois heures et même douze à vingt-quatre heures. Le médecin ne l'obtient que par un taxis prolongé et douloureux.

Tous les moyens de contention furent inutiles.

M. Guyon examina la malade une première fois pendant une période d'accalmie et ne sentit pas le rein qui fut pourtant, à l'opération, trouvé descendu sous les fausses côtes.

Une seconde fois, il la vit, dans une période de crise, en proie à des douleurs vives. Dans le flanc droit, au-dessous des fausses côtes, se dessinait sous la peau une saillie très visible du volume des deux poings, rappelant la forme d'un gros rein dont le hile serait en haut. Réduction impossible. M. Guyon fit accroupir la malade, les jambes fléchies, les reins soutenus, courbés en avant et à gauche. Le rein droit, son extrémité la plus amincie en haut fut conduit sous le foie ; tout à coup il s'échappa et se réduisit.

Quelques jours après, nouveaux accidents, réduction spontanée après avoir fait prendre à la patiente une position inclinée, la tête en bas et le bassin fortement relevé. La malade le réduisit ensuite après de la même façon.

La jeune fille fut opérée, et on trouva à l'opération l'urétère coudé et l'organe donnant la sensation d'une poche vide à parois épaisses.

Ces deux symptômes expliquent, pour M. Guyon, la tuméfaction de l'organe observée à chaque crise et due à une hydronéphrose intermittente. La guérison survint au bout de quinze jours, mais la malade ne se leva qu'au bout d'un mois.

Les accidents disparurent, et elle put reprendre son travail et se tenir debout toute la journée, comme l'exigeait sa profession de demoiselle de magasin.

Il résulte de ce procédé que le rein ne contracte pas d'adhérences à la paroi, la capsule propre s'y oppose. Il est soutenu dans cette situation par les piliers cicatriciels fournis par les fils.

Méthode de M. Tuffier. — M. Tuffier a modifié le procédé de M. Guyon. Pour lui, deux choses s'opposent à la fixation du

rein. Ce sont : 1° la mobilité de l'organe avec la respiration, 2° la présence à son niveau de cette couche graisseuse molle ; sans propriété plastique. Pour lever le premier obstacle, il n'y a qu'à fixer le rein, pour lever le second, il faut enlever l'atmosphère graisseuse. En outre, pour M. Tuffier, la capsule propre du rein est un obstacle, tout en étant une membrane isolante pour cet organe et en le protégeant. Il faut alors tourner l'obstacle que crée cette capsule ou la supprimer. Pour tourner l'obstacle, on peut fixer le rein derrière l'atmosphère graisseuse qui est en arrière de lui, et qui est formée par un tissu cellulaire constant et fixe. Ou, au lieu de le fixer entre cette atmosphère et l'aponévrose du transverse, on fait passer l'organe derrière celle-ci en la décollant, car l'aponévrose du tranverse est peu adhérente au muscle oblique sons-jacent. Cette expérience a été pratiquée sur le chien, un passage ayant été laissé pour le pédicule du rein. A l'autopsie de l'animal, les lèvres de la plaie étaient parfaitement cicatrisées et le rein était mobile daus sa loge à laquelle il n'adhérait pas. Bien plus, M. Tuffier a appliqué ce procédé chez le vivant dans un cas de mobilité excessive. Il fit donc derrière l'aponévrose antérieure du muscle carré lombaire une sorte de loge dans laquelle il fixa l'extrémité inférieure. La malade opérée en 1890 fut revue par M. Tuffier en mars 1891, et l'organe était parfaitement fixé. Malheureusement, ce procédé ne permet pas la constriction des vêtements sur la cicatrice, inconvénient sérieux. Le rein ne dépassait la dernière côte que par son tiers inférieur, c'est là la seule partie de l'organe qui peut être placée derrière l'aponévrose du transverse en avant du carré lombaire, La difficulté opératoire consiste à passer les fils destinés à suturer la capsule en avant du rein.

Il vaut donc mieux supprimer cette capsule propre, c'est le procédé employé par cet auteur et généralement admis par la plupart des chirurgiens aujourd'hui.

On incise la paroi postérieure de l'abdomen sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, de la onzième côte à un travers de doigt des aphopyses épineuses. On arrive sur la face postérieure du rein qu'on décortique de sa capsule celluleuse. On traverse les parties supérieure et inférieure du rein avec un gros fil de catgut qui permet de le maintenir. On fait une boutonnière à la capsule propre au niveau du bord convexe du rein, on décortique la face postérieure dans toute sa hauteur, sur une largeur de deux centimètres, on résèque la capsule décollée, on fixe les bords aux lèvres de la plaie par deux ou trois points de suture de chaque côté.

Les résultats sont très bons et peuvent maintenir le rein même avec accompagnement d'entéroptose.

On emploie surtout le catgut, parce que la grosse soie aseptique ne se résorbe pas ; mais celle-ci ne serait pas inutile, ainsi qu'il résulte de notre observation XIV, où l'emploi de la soie aurait peut-être été préférable, car elle détermine des adhérences plus complètes entre le rein et le tissu musculaire. Le passage des fils à travers le parenchyme rénal n'offre pas d'inconvénients à la condition qu'on ne les serre pas trop ; autrement il se produit de profondes scissures à la surface de l'organe et son tissu devient dur et sclérosé dans la partie correspondante à ces scissures. Comme un ou deux fils au maximum traversent la substance du rein, il n'y a pas à craindre de sclérose, car il serait inutile de faire une opération, qui, en voulant éviter les inconvénients de la néphrectomie, en produirait les effets.

Les fils sont fixés, les supérieurs au périoste de la face externe de la douzième côte ; on est sûr de ne pas blesser la plèvre ; les moyens à l'extrémité supérieure de l'incision aponévrotique profonde, les inférieurs à cette même aponévrose. Ils sont serrés modérément de façon à ne pas couper le parenchyme et à affronter la partie avivée à la paroi musculaire. Les différentes

sections musculaires sont suturées en trois étages au catgut et la peau réunie au crin de florence sans draînage.

Si on venait à blesser la plèvre, on la suture au catgut, le rein ainsi fixé est au-dessous de sa situation normale qu'il est impossible de lui rendre sans perforer le diaphragme. Mais ce qu'on demande avant tout, c'est d'immobiliser le rein dans une région où il sera caché et protégé contre les diverses pressions qu'il a à subir dans l'abdomen ; c'est d'empêcher la torsion de l'urétère pour prévenir l'apparition ou le retour de ces crises d'hydronéphrose intermittente si atrocement douloureuses parfois. On le fixera donc le plus haut possible, mais à condition qu'il n'y ait aucune traction des fils suspenseurs sur l'organe. Si cependant des adhérences le maintenaient dans la partie inférieure de la plaie, c'est là qu'on l'immobiliserait.

Au cours de l'opération, les seules complications qui aient été signalées sont l'ouverture de la plèvre et du péritoine. La plèvre n'a guère été ouverte que chez des sujets emphysémateux; le péritoine a été plus souvent lésé; mais ce dernier accident ne compromet pas le succès opératoire.

Quand on ouvre la plèvre, l'affaire est plus sérieuse. D'abord les sutures que l'on met sur cette séreuse ne tiennent pas en général. On peut craindre un pneumothorax qui disparaîtra, il est vrai, par la suite, mais dont l'existence complique réellement l'opération si inoffensive de la néphropexie.

Dans les jours qui suivent l'opération, on a noté un certain nombre d'incidents. Souvent le malade, dans les premières heures, est en proie à un collapsus qui ne laisserait pas d'être inquiétant, si l'on n'était prévenu de la possibilité de son apparition.

La quantité d'urines émises diminue en général pendant quelques jours. Chez quelques-uns, il survient une hématurie insignifiante.

Un accident consécutif à craindre a été noté par M. Tuffier, c'est l'intoxication par les antiseptiques. C'est là un accident fréquent en chirurgie rénale. Chez une malade, il a noté des accidents fort graves. Une autre, opérée avec l'aide de l'eau phéniquée, a présenté de la mélanurie. Une dernière, opérée encore avec le sublimé, eut des accidents de salivation, de la diarrhée fétide et involontaire, des douleurs gastro-intestinales très vives. La pathogénie de ces accidents paraît imputable à l'absorption des antiseptiques par la capsule graisseuse, le liquide s'y infiltre, c'est une véritable injection sous-cutanée. Aucun de ces cas n'a été suivi de mort.

Les complications opératoires éloignées sont plus rares. Deux ou trois fois, on a signalé des pleurésies, et une fois une pleurésie purulente probablement d'origine septique. La suppuration de la plaie a été assez souvent notée et a parfois compromis le résultat. Elle résulte d'un pansement mal fixé. Quelques chirurgiens la recherchent cependant dans le but de provoquer le bourgeonnement de la plaie. Enfin on a vu deux exemples d'une complication éloignée chez des malades de Hahn, la hernie rénale par la voie lombaire; mais ces malades avaient été opérées deux fois et la plaie avait suppuré.

En somme, il n'y a pas à s'occuper en réalité de l'opération en elle-même; le seul point important à considérer est la question de la récidive. Nous en ferons un chapitre spécial.

Le traitement consécutif de l'opération consiste à mettre les malades dans le décubitus dorsal pendant vingt-cinq à trente jours, le bassin relevé par des coussins. Les pansements doivent être faits dans cette attitude, et on doit tout mettre en œuvre pour éviter tout effort aux malades.

Lorsqu'ils commencent à se lever, ils doivent porter un bandage pendant quelques semaines. Ce bandage doit avoir en outre une pelote rénale.

Les malades peuvent souffrir encore pendant quelque temps, mais à la longue les douleurs disparaissent.

La néphropexie peut se faire également par la voie intrapéritonéale. Elle fut ainsi pratiquée par von Tischendorf et Rosenberger qui fit une vaste incision partant du bord externe de la masse sacro-lombaire et se dirigeant en ligne droite vers l'ombilic à huit centimètres duquel environ il l'arréta. Il ouvrit alors le péritonie et son arrière-cavité. Le rein, repoussé en arrière, fut fixé derrière la séreuse à l'angle postérieur de la plaie. Il résèqua ensuite une portion de la capsule graisseuse et après avoir accolé la capsule propre ainsi mise à nu aux deux, extrémités de son incision péritonéale, il maintint en contact toutes ces parties au moyen d'un fil de soie passé dans la parenchyme rénal.

Par cette voie, on se rend ainsi compte très facilement de l'état du rein que l'on doit fixer. On peut avoir affaire à un rein déplacé ayant contracté dans sa situation nouvelle des adhérences résistantes. Ce sont ces adhérences qui ont obligé plusieurs fois les opérateurs à fixer là le rein qu'ils ne pouvaient attirer suffisamment dans la plaie lombaire. Ce n'est que dans le cas de rein déplacé, malade ou adhérent, ou à très long pédicule qu'on prendra cette voie ; mais on a rarement l'occasion, dans ce premier cas de l'employer, et généralement, alors, on se voit dans la nécessité d'avoir recours à la néphrectomie.

CHAPITRE V

Objections à la néphropexie : Sclérose du rein. — Récidive suivant les divers procédés. — Avantages de cette opération — Manières de rechercher si le rein est bien fixé.

Deux reproches importants ont été faits à la néphropexie, ce sont : la sclérose de l'organe résultant du passage des fils dans le parenchyme, et la récidive fréquente de l'affection. A la première objection, nous répondrons que de nombreuses expériences sur les animaux ont prouvé la presque innocuité des passage des fils dans l'organe, à la condition de ne pas trop les multiplier, car il se forme toujours une induration du parenchyme rénal au siège des fils ; mais cette induration ne détruit que fort peu du tissu de la glande, et on n'a pas noté dans les fonctions urinaires des opérés de troubles de nature à expliquer une sclérose consécutive.

Quant à la récidive, elle est encore fréquente, et on la trouve même avec les meilleurs procédés, mais ici nous voyons cependant qu'une amélioration considérable a été amenée par l'emploi des dernières méthodes.

Elle peut être précoce, ou n'arriver qu'au bout de quelques semaines, ou se produire tardivement au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années. La récidive précoce survient dans la première semaine qui suit l'opération. M. Tuffier a observé ce fait dès le quatrième jour. Dans ce cas, la mobilisation post-opératoire du rein doit être rattachée à la section du parenchyme sur les fils suspenseurs. Il faut même que ce fait,

arrivant dans une glande décortiquée, se produise de très bonne heure. Car, pour peu que la glande avivée reste en contact quelque temps avec la surface cruentée des muscles lombaires, des adhérences ont le temps de se produire et nous savons qu'elles sont plus solides que dans les autres procédés opératoires.

Les récidives de la deuxième classe, à moyenne échéance, se sont produites dans les autres modes d'intervention et surtout dans les cas où l'on n'avait fait que la suture de la capsule graisseuse ou de la capsule propre ; probablement à cause du manque d'adhérences entre ces capsules et la paroi lombaire. Le rein n'est maintenu contre cette paroi que par la résistance qu'oppose au fil la portion de capsule comprise dans son anse. Tant que le malade reste au lit, la récidive n'est pas à craindre, mais lorsqu'il commence à se lever, le poids du rein porte tout entier sur une faible portion de la capsule peu résistante par elle-même et qui finit par se rompre.

Il est rare d'avoir affaire à des récidives tardives. Celles-ci se rencontrent chez les malades opérés par n'importe quel procédé. La cause principale, la seule, au dire de Duchêne, serait la grossesse, et encore faut-il que la femme devienne enceinte peu de temps après l'opération. Dans ce cas, la récidive est presque fatale.

Pour justifier la néphropexie de l'accusation de récidives trop fréquentes, nous n'avons qu'à citer ici la statistique très détaillée de M. Paul Delagenière, Il divise en six classes les résultats obtenus avec chacun des procédés opératoires employés.

La première classe comprend les opérations faites par la voie abdominale. La deuxième celles où l'on a abordé le rein par la voie lombaire et où on a traversé le parenchyme sans autre opération. La troisième celles où l'on a seulement suturé

la capsule graisseuse. La quatrième celles où l'on a seulement suturé la capsule propre. La cinquième celles où le rein a été décortiqué. La sixième comprend les opérations à procédé mal indiqué.

Dans la première classe rentrent deux opérations, deux succès. Dans la deuxième, cinquante-quatre opérations, quarante succès, sept résultats douteux, sept insuccès. Dans la troisième, douze opérations, quatre succès, quatre cas douteux, quatre échecs. Dans la quatrième, vingt-trois opérations, treize succès trois résultats douteux, sept insuccès. Dans la cinquième, l'auteur n'a réuni que sept cas opératoires, il a constaté six succès, pas de cas douteux, un échec.

La sixième classe renferme six opérations, trois succès, deux cas douteux, un insuccès. Au total cent-quatre opérations, et soixante-huit succès, treize cas douteux, vingt insuccès.

Et Delagenière ajoute qu'il a considéré comme douteux les cas où le rein est resté fixé, mais où les douleurs ont persisté avec une intensité variable. Prise en bloc, on y trouve environ un cinquième d'insuccès ou de récidives. Si on entre dans le détail et si on examine chaque classe à part, on trouve un tiers d'insuccès pour les cas où la capsule propre a été seule intéressée. Les succès complets ne sont que d'un tiers quand on n'a pas pris la capsule graisseuse, et d'un peu plus de moitié quand on a suturé la capsule propre. C'est donc avec raison que ces procédés sont délaissés.

Au contraire, dans la 2e classe de M. Delagenière, les reins ont été fixés par des fils qui ont traversé le parenchyme ; il n'y a plus qu'un huitième d'insuccès. Elle est donc la plus importante car, à elle seule, elle renferme plus de la moitié des observations relevées. La nephropexie bien faite immobilise donc le rein neuf fois sur dix. — Mais où nous ne partageons pas tout à fait l'avis de M. Delagenière, c'est lorsqu'il prétend qu'il

faut rejeter la décortication du rein, méthode qui lui paraît donner en effet des adhérences plus solides, mais trop solides, ajoute-t-il, par cela même que le rein serait plus exposé à des pressions violentes des viscères abdominaux et ne pourrait s'y soustraire, ce qui amènerait des lésions plus considérables de l'organe. Tel n'est pas notre avis, car nous n'avons pas relevé ce fait dans les observations que nous avons parcourues et chez les malades que nous avons interrogées. Il faut se souvenir, en effet, que le rein est relié au côlon et que la fixation concomitante de cet organe, la côlopexie, sera utile si on peut la pratiquer. Nous ne savons pas que cette opération ait été pratiquée si ce n'est, dans un cas spécial, par M. Villar, professeur agrégé. Il s'agit en effet d'une dame atteinte d'occlusion intestinale, à qui M. Villar pratiqua la laparotomie. Il se trouva en présence d'une torsion complète du gros intestin, qui, déplissé, reprenait sa position vicieuse ; c'est pour parer à cet inconvénient que M. Villar eut l'idée de fixer le côlon transverse aux lèvres supérieures de la plaie abdominale ; ainsi fixé, le gros intestin conserve sa situation normale en forme de cadre et ne risque pas de se retourner. On voit donc qu'il ne s'agit pas dans ce cas de rein mobile, mais nous nous demandons si, en face du rein mobile compléter d'enthéroptose, il ne serait pas rationnel de compléter la néphropexie par la colopexie transverse.

La statistique personnelle de Tuffier comprend trente opérées ; les malades ont toutes été suivies au moins six mois, plusieurs même pendant trois années ; quatorze de ces malades ont fait le sujet des intéressantes communications de cet auteur au Congrès de chirurgie de 1891. Il y a eu treize insuccès et un seul cas de mort par tétanos aigu, dix jours après l'opération. Sur dix malades, il n'y eu qu'un seul échec avec récidive. Il s'agissait d'un homme atteint de rein flottant dans la fosse iliaque. La néphropexie faite au catgut fut suivie de vomissements persis-

tants. Le résultat semblait parfait ; trois mois après la glande redescendait jusqu'à la crête iliaque. Une nouvelle intervention fit disparaître les douleurs, mais le rein se déplaça encore. Il est juste d'ajouter que le malade avait eu des accès de congestion hépatique. Chez les neuf autres opérées, le rein était solidement fixé, il fait corps avec la paroi lombaire, il reste abdominal. Par le palper bi-manuel, il est perceptible, ce qui ne l'empêche pas d'être fixé à la paroi, ainsi que le montrent l'étude méthodique des plans anatomiques, la palpation profonde et la situation genu-pectorale.

M. Tuffier insiste sur ces différentes manœuvres pour s'assurer de la fixité du rein. Les cicatrices sont solides, sans tendances à l'éventration.

Les troubles dyspeptiques qui prédominaient chez deux des malades ont disparu dans un cas et persisté dans l'autre. L'influence sur les accidents de neurasthénie, est très variable. Une femme qui présentait des accidents allant jusqu'aux crises hystériformes pendant la période des règles a été complètement guérie. Depuis son opération, ses douleurs ont diparu, elle n'a pas eu une seule crise, et son état général s'est absolument transformé. Une autre chez qui les symptômes de la névropathie revêtaient la forme mélancolique et simulaient la paralysie générale, a guéri par un simple appareil prothétique. Une femme a vu disparaître ses douleurs lombaires, mais continue à souffrir de névralgies à forme variable. Sur dix malades, huit ont donc largement bénéficié de l'intervention. Les dix autres malades ont été également guéries.

Nous compléterons donc la statistique de Delagenière par celle de Tuffier dans le *Traité de Chirurgie* de Reclus, et nous trouvons un nombre d'opérés s'élevant à cent soixante-seize, celui des guérisons porté à cent soixante-huit et se divisant en quatre-vingt-douze guérisons absolues, vingt-trois améliorations

persistantes et vingt-quatre résultats satisfaisants, huit améliorations temporaires et vingt insuccès. Le nombre des morts ne s'élève qu'à huit, 4.54 0/0, et encore deux décès dus à des complications étrangères à l'opération elle-même.

Nous ajouterons à cette statistique, le résultat et le nombre des opérations que nous avons vu pratiquer ou que nous avons relevées à Bordeaux.

Nous trouvons neuf interventions par la néphropexie, à savoir : trois opérations de M. le professeur Demons, une de M. le docteur Dudon, trois de M. le professeur agrégé Villar, une de M. le professeur agrégé Pousson, une de M. le docteur Monod. Sur ces huit opérations, une des malades a subi une néphropexie double pour double rein mobile, néphropexie pratiquée, la première par M. Demons, la seconde par M. Villar. Cette observation est en partie satisfaisante. La malade opérée par M. Dudon a vu survenir la récidive un an après, peut-être parce que le rein n'avait été fixé que par du catgut. Deux autres malades rentrant dans la catégorie de ces reins mobiles à forme névralgique ont été peu soulagées. Les quatre autres ont des résultats très satisfaisants. Nous voyons aussi une guérison parfaite chez la malade de M. Pousson, dont le rein mobile était compliqué d'hydronéphrose intermittente.

Ces chiffres montrent en somme que la néphropexie quoiqu'étant une opératiou relativement récente, n'en est pas moins déjà entrée loin dans la pratique chirurgicale. Entreprise après l'échec du traitement médical, faite avec les méthodes nouvelles de MM. Guyon et Tuffier, et s'adressant aux cas dont nous avons parlé, cette opération doit être tentée. Elle n'a pas de cas de mort à son actif, et les rares observations qui témoignent de ce fait, passent pour ainsi dire inaperçues et montrent que la mort n'est due qu'à des complications communes à toute intervention. Elle donne de nombreuses guérisons et permet de

conserver un organe aussi important que le rein, alors qu'avant, la néphrectomie était la seule ressource dans les cas graves dont nous avons parlé. Ce sont là d'assez beaux titres de gloire et son emploi réservé aux cas que nous avons indiqués permettra de compter tous les jours de plus nombreux succès.

CHAPITRE VI

De la Néphrectomie comme dernière ressource.

Avant que Hahn eût trouvé dans la néphropexie la méthode nécessaire pour conserver un organe aussi important que le rein, un autre allemand, Martin, avait proposé de recouvrir à la néphrectomie, c'est-à-dire à l'extirpation de la glande dans les cas où des accidents rebelles à tout traitement empêchaient les malades de se livrer à leurs occupations et les obligeaient à réclamer une intervention chirurgicale. Il pratiqua deux fois l'extirpation d'un rein mobile et deux fois l'opération réussit parfaitement.

La première fois, il s'agissait d'une femme de 49 ans, qui depuis huit ans éprouvait de violentes douleurs abdominales et lombaires liées à une ectopie du rein droit. Au moment où la néphrectomie fut décidée, l'état général de cette malade était gravement compromis. L'opération ne fut suivie que d'une réaction fébrile très faible, mais les urines, normales jusque-là, devinrent albumineuses quelque temps, ce que l'auteur attribue à la fluxion collatérale du rein resté en place. La malade put reprendre ses travaux habituels.

La deuxième fois, la néphrectomie fut pratiquée chez une

femme de 30 ans, qui, sous l'influence d'une ectopie du rein, était atteinte de douleurs vives avec constipation opiniâtre et se trouvait dans l'impossibilité de travailler. L'opération réussit aussi bien que dans le cas précédent.

Lauenstein a rendu compte d'une néphrectomie pratiquée par la voie abdominale par Martini, de Hambourg, chez une femme de 37 ans affectée d'un rein mobile à droite. Une incision fut pratiquée le long de la ligne blanche. Le grand épiploon fut refoulé à gauche, le rein droit saisi par la main de l'opérateur, attiré au niveau de l'incision abdominale, puis énucléé de son enveloppe cellulo-fibreuse. Le pédicule fut enserré dans une double ligature de catgut et un peu plus loin dans un constricteur de Kœberlé. On l'incise ensuite entre deux ligatures. L'artère rénale fut liée séparément. La guérison survint sans accidents. Au Congrès tenu par les chirurgiens allemands à Berlin, Langenbuch a fait part de deux néphrectomies terminées par guérison, qu'il fit : la première, chez une femme de trente ans, la seconde sur un étudiant en pharmacie âgé de vingt ans chez qui on trouvait le rein déplacé très douloureux, adossé à la paroi abdominale antérieure au-dessous de la vésicule biliaire. Il pratiqua une incision le long du bord externe du muscle droit antérieur, puis incisa le feuillet antérieur du mesocôlon au-devant du rein. Nous ne multiplierons pas ici plus longtemps les exemples heureux de néphrectomie, nous en trouverons encore plusieurs au chapitre des complications et à leur traitement. Nous ne parlons ici que de néphrectomie dans le cas de rein mobile sain, et nécessitée par l'existence de douleurs violentes, ou d'échec du traitement médical et de népropexie. Nous mentionnerons encore une observation d'un médecin américain, le docteur Gilmore, qui, en 1871, pratique une néphrectomie chez une négresse enceinte de cinq mois, souffrant beaucoup et chétive. La malade guérit parfaitement et malgré

ce traumatisme chirurgical, la grossesse évolua normalement; il n'y eut pas d'avortement.

La néphrectomie peut donc être pratiquée par la voie péritonéale et par la voie lombaire, nous n'insisterons pas sur l'utilité de faire l'opération par cette dernière. Elle sera tentée dans les cas où des adhérences trop fortes retiennent l'organe déplacé dans la mauvaise position qu'il a prise. On ne saurait en effet obtenir de bons résultats du traitement palliatif et de la néphropexie. La persistance des accidents, les échecs successifs de la première seront les indications, ce sera donc une néphrectomie secondaire, la seule rationnelle.

Elle ne serait primitivement justifiée que si le rein était notablement altéré par une pyonéphrose, des tumeurs malignes, et si, par la compression qu'elles exercent sur les organes voisins, elles sont pour le malade un danger permanent. Mais c'est déjà sortir du cadre de ce petit chapitre et entrer dans celui du traitement des complications. Nous terminerons par quelques considérations de M. Segond sur la néphrectomie, quand la néphropexie a échoué.

« Comme la néphropexie, dit-il, peut offrir un pronostic opé-
« ratoire immédiat assez rassurant, on peut admettre avec
« Brodeur que, pour certains cas, il est au moins prudent de ne
« songer à la néphrectomie qu'après avoir essayé la première.
« Mais faut-il généraliser cette manière de voir et faut-il pros-
« crire à jamais la néphrectomie immédiate dans le cas de rein
« très mobile et suffisamment douloureux pour légitimer l'inter-
« vention ? Il est difficile de trancher d'un mot cette grave ques-
« tion. Cependant une lésion dangereuse du rein, l'absence de
« mobilité constituent une contre-indication formelle à la néphro-
« pexie, car le malade ne serait pas moins exposé à tous les
« inconvénients qui résultent des altérations rénales. Si le rein
« est en ectopie, très douloureux, non mobile, il ne faut pas

« songer à la néphropexie. Brodeur, en 1886, cite le cas d'un « rein déplacé situé derrière l'estomac en avant de la colonne « vertébrale et y adhérant, avec albuminerie, douleurs violentes « et menace de suicide de la part du malade. La néphrectomie « fut suivie de succès. »

Mais tout cela n'est pas suffisant pour engager le chirurgien à pratiquer d'emblée la néphrectomie. Cette opération est autrement dangereuse que l'innocente néphropexie. Car on expose le malade à une mort immédiate, soit que le rein conservé soit gravement atteint, soit que l'excrétion de l'urine soit insuffisante et nulle et par suite le malade est menacé d'anumie ou d'urémie. Enfin les hémorrhagies au moment de la section du pédicule rénal ou, plus tard, la péritonite, la thrombose, la septicémie, l'absence de rein du côté opposé, l'ectopie double, sont encore autant de malechances que court le malade et qui ne permettent de tenter cette opération qu'après de mûres réflexions.

CHAPITRE VII

Complications du rein mobile. Hydronéphrose intermittente. — Traitement de ces complications.

Les complications de cette affection résident dans le rein lui-même ; dans les tissus avec lesquels il affecte des connexions nouvelles et dans les organes qui lui sont annexés pour les fonctions urinaires.

Du côté du rein, on trouve la congestion simple ; la néphrite catarrhale et parenchymateuse et l'albuminurie ; la périnéphrite ; la péritonite, ainsi que l'observé Ceccherelli.

La gravelle urinaire est quelquefois associée au rein mobile et le diagnostic doit en être fait d'autant mieux que le rein mobile s'accompagne quelquefois des symptômes de la colique néphrétique.

D'autrefois le rein peut être atteint d'étranglement comme dans le cas d'Albarran.

Parmi ces altérations, les unes surviennent sans qu'on puisse les attribuer à l'ectopie rénale ; les autres telles que la pyélite et la néphrite semblent reconnaître quelquefois ce déplacement pour point de départ. M. Grout en cite trois observations dans sa thèse, dont deux appartiennent à Gosselin et une à Défontaine.

Dans la seconde catégorie rentrent la péritonite. Ce sont généralement des inflamations localisées du péritoine qui fixent le rein. La constipation est souvent notée ; l'obstruction intestinale passagère même ; rarement la diarrhée ; la compression de l'estomac, du duodenum, du canal cholédoque amenant l'ictère. M. Woillez cite l'œdème de la moitié inférieure du corps consécutif à la compression de la veine cave ; des déplacements de l'utérus ; de la paralysie des membres, sans doute de nature hystérique, comme l'observe en ce moment M. le Docteur Dudon chez une jeune femme qui a un rein droit mobile douloureux et des symptômes d'hémiplégie ; enfin des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile. C'est Thiriar qui a appelé l'attention sur ce point.

La communication faite en 1892 au Congrès de gynécologie de Bruxelles, par M. le professeur Thiriar, a pour titre : « Des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile.» L'auteur insiste sur ce fait que presque tous les chirurgiens citent les affections de l'appareil génital de la femme, comme causes de l'ectopie rénale; mais qu'aucun n'a encore renversé cette proposition, c'est-à-dire, n'a fait intervenir le rein

mobile comme facteur des diverses maladies des organes utéro-ovariques. Keene, avait attiré l'attention sur les accidents produits du côté des organes génitaux par le déplacement du rein, mais on les a toujours attribués à la neurasthénie concomitante et l'influence de cette luxation comme cause directe de certaines métrites, salpingites ou ovarites, n'a pas encore été mise en évidence; elle a été méconnue ou négligée jusqu'ici et par suite la guérison est empêchée malgré les traitements les plus méthodiques et les mieux appliqués.

C'est en 1888, que M. Thiriar dit qu'il a été amené pour la première fois à rechercher les relations qui existaient entre le rein mobile et les affections dont nous parlons. C'était chez une malade souffrant depuis longtemps de divers troubles utérins qui avaient produit une véritable cachexie. Il lui découvrit un rein mobile et pratiqua la néphropexie. Cette opération amena la disparitien de tous ces troubles. Aussi faut-il explorer avec soin les régions rénales des malades qui sont atteintes d'affections utéro-ovariques. Il résulte des observations de M. Thiriar que l'ectopie rénale existerait dans 20 pour 100 des cas de maladies du système génital de la femme. Du 1er octobre 1891 jusqu'en 1892, cet auteur a eu en traitement, tant en ville qu'à l'hôpital, 11 cas de reins mobiles chez la femme; toutes présentaient quelques troubles utérins, 7 avaient été adressées avec le diagnostic d'affections utéro-ovariques; cinq avaient déjà subi à diverses reprises différents traitements, surtout le curettage; une qui avait un déplacement bilatéral avait eu la matrice et les annexes enlevés; une autre enfin était sur le point de subir la laparatomie lorsqu'elle est venue le consulter.

Chez toutes ces malades, le rein mobile avait été méconnu. Dix ont subi la néphropexie; six ont guéri sans autre intervention; trois fois seulement le curettage a été nécessaire. Quant à la malade qui présentait un déplacement bilatéral et qui avait

subi l'ablation des annexes d'abord, l'hystérectomie vaginale ensuite, sans constater de diminution dans ses souffrances, M. Thiriar pratiqua la néphropexie du rein droit qui l'a énormément soulagée.

La coexistence de ces affections est donc assez fréquente. D'ailleurs, M. Lancereaux l'avait signalé et rapporte que des malades atteintes d'ectopie présentaient les signes d'une ovarite ancienne, ainsi qu'il l'a constaté à l'autopsie d'une de ces malades.

D'ailleurs, M. Thiriar reconnaît que cette ectopie est parfois difficile à constater ; on peut même, le lendemain, ne plus trouver le rein qu'on avait déjà vu la veille ; aussi faut-il examiner les malades dans diverses positions. Cet auteur conclut donc que la mobilité du rein a, dans les observations dont il parle, précédé les manifestations utéro-ovariennes. Chez elles, le cortège symptômatique de l'ectopie rénale a précédé l'altération génitale. L'explication de cette marche doit être cherchée dans les plexus nerveux et la circulation. Chroback admet qu'il faut attribuer les désordres nerveux utérins à une irritation du plexus ovarique anastomosé, comme on sait, avec le plexus rénal dont le tiraillement résulte du déplacement du rein.

Le rein déplacé, « cette tumeur physiologique », dit M. Thiriar, produit une congestion intense dans l'appareil génital de la femme, de même que les tumeurs du rein chez l'homme produisent le varicocèle symptômatique du côté malade. Cette congestion est le résultat de la compression du plexus veineux spermatique à son arrivée dans la veine cave à droite, dans la veine rénale à gauche. Dans quelques cas exceptionnels, le rein mobile peut même exercer sur la veine cave une compression suffisante pour amener une thrombose.

Cette congestion, unie aux troubles nerveux, est une condition qui favorise singulièrement l'infection de l'utérus et de ses an-

nexes. Elle amène une exaltation des propriétés nuisibles des germes pathogènes qui sommeillent dans les parties génitales saines de la femme ; elle lève la barrière qui éloigne les germes de la cavité utérine ou qui les empêche de se développer. Grâce à cette influence congestive et nerveuse qui entre en jeu la première, dit M. Thiriar, l'élément microbien devient virulent et frappe les ovaires ou l'utérus, suivant les prédispositions plus ou moins accentuées du sujet. Pour conclure, il faudrait pour cet auteur ranger l'ectopie rénale parmi les causes fréquentes des diverses affections utéro-ovariques : déviations, prolapsus, métrites, ovarites, salpiogites.

Telle est l'idée de M. Thiriar ; elle nous paraît rationnelle et en tous cas digne d'intérêt surtout maintenant où l'ectopie rénale se vulgarise de plus en plus.

Peut-être aussi cette idée semblera-t-elle exagérée au premier abord, mais enfin ce sont là des faits, et en médecine, moins que partout ailleurs, il ne faut les nier. Ils se rencontreront peut-être plus fréquemment, maintenant que l'attention est appelée sur ce fait.

Toujours est-il que la malade qui fait le sujet de l'observation X et que nous avons revue nous-même à la date du 30 octobre, est rentrée à l'hôpital souffrant toujours d'une métrite qui nécessitera probablement un curettage, malgré l'amélioration apportée dans son état général par la néphropexie qui a parfaitement réussi ; mais ce fait ne peut à lui seul infirmer la théorie de M. Thiriar, puisque ce chirurgien rapporte 7 succès sur 11 interventions, et que 3 de ses malades ont eu besoin de cette seconde opération.

La chlorose et l'hypochondrie sont de véritables complications. Kœppler cite un cas de suicide. Smith relate l'histoire d'une femme qui passa deux ans dans une maison d'aliénées et n'en sortit guérie qu'après une néphrectomie.

C'est du côté de l'urétère que nous allons trouver une des complications les plus intéressantes du rein mobile, nous voulons parler de l'hydronéphrose intermittente.

Ce sont MM. Terrier et Baudouin qui ont mis cette question en honneur par leurs travaux parus dans la *Revue de Chirurgie*, en 1891. Ils ont noté 83 faits de cette variété clinique d'hydronéphose. Déjà M. Guyon et M. Quenu avaient entrevu la question. La malade de M. Guyon opérée depuis 7 mois n'avait plus vu reparaître sa tumeur rénale et n'avait plus ressenti la moindre crise douloureuse. Celle de M. Quenu n'avait eu qu'une amélioration passagère, sans doute parce que la poche hydronéphrotique était déjà infectée au moment de l'intervention et que les lésions de l'extrémité supérieure de l'urétère étaient trop anciennes pour que la réintégration du rein dans sa loge ait suffi à rendre à l'urétère sa perméabilité première. Depuis, Vigneron a publié une néphroraphie pour hydronéphrose intermittante chez un homme de 32 ans, porteur d'un rein gauche mobile. Le succès fut complet. C'est en 1882 que Landau a appelé l'attention sur ce sujet d'hydronéphrose intermittente. M. Guyon propose de l'appeler rétention aseptique des urines ou uronéphrose. Nous allons nous y arrêter un instant.

Au point de vue pathologique, ou mieux clinique, on distingue les variétés d'hydronéphrose en congénitale et acquise. L'hydronéphrose acquise existe presque toujours chez la femme. Terrier et Baudoin l'ont vu survenir une fois dans les lésions pelviennes dans le cas de néoplasme de la vessie. Mais c'est surtout dans le cas de rein mobile que Morris, Newmann, Landau et les deux auteurs précédents l'ont vu se produire. Par suite du déplacement de la glande en bas et en dedans, l'urétère subit un mouvement de flexion brusque et un mouvement de torsion. Il en résulte une rétention partielle de l'urine et une dilatation rétrograde; dans le cas où l'hydronéphrose reste

ouverte, le liquide peut filtrer. Mais que sous une influence quelconque le rein reprenne sa situation, ou que par suite de sa distension le bassinet se redresse, le conduit retrouvera sa perméabilité et le liquide s'évacuera complètement. Si au contraire la coudure se maintient, soit par adhérences, soit par le fait même de la présence du liquide, la rétention devient complète. La coudure par déplacement du rein est incontestable.

Cette hydronéphrose intermittente a deux symptômes, les douleurs et l'accroissement de la tuméfaction, la sensation de soulagement et la débâcle urinaire.

Les douleurs sont très variables, elles peuvent être extrêmement vives, s'irradient, s'accompagnent de nausées, de vomissements, persistent plusieurs heures ou plusieurs jours, simulant ainsi les coliques dues à la lithiase. En même temps, la tumeur peut doubler ou tripler de volume ou n'être appréciable qu'à ce moment, puis, sous l'influence du décubitus horizontal, si le bassin est élevé ou si le malade prend une situation particulière, ou encore si on malaxe la tumeur un certain temps, la douleur se calme, la tumeur diminue, et il se produit une débâcle urinaire proportionnelle à la dimension de cette tumeur. On voit ainsi la quantité d'urine augmenter de 500 à 1,500 grammes du soir au lendemain, et l'on peut suivre la relation exacte qui existe entre le volume de la tumeur et l'urine émise.

Un fait curieux dans ces crises consiste dans l'accroissement de cette tumeur tous les quatre à cinq jours, tous les mois.

Quand ces phénomènes sont accusés, le diagnostic s'impose. Si l'hydronéphrose est peu volumineuse, il faut analyser soigneusement les symptômes et faire relever exactement les quantités d'urine émise pour distinguer ces accidents de ceux qui accompagnent le rein mobile douloureux. Cette hydronéphrose peut rester pendant longtemps compatible avec la vie et durer des années. La guérison spontanée peut avoir lieu après une

seule débâcle ou par une sécrétion progressivement décroissante du rein.

Quand elle est peu volumineuse, le diagnostic, nous le répétons, est difficile avec la forme douloureuse du rein mobile, à ce point que Newmann et Landau admettent que ces accès douloureux du rein mobile ne sont que des accès d'hydronéphrose intermittente.

Nous mentionnerons encore la pyonéphrose qui a été notée, ainsi que les tumeurs diverses et la tuberculose du rein.

Dans ces cas, le traitement oscille entre la néphropexie et la néphrectomie secondaire, quand les moyens médicaux auront échoué.

La néphrectomie prématurée s'imposera dans les affections graves du rein.

La néphrite, la congestion seront traitées par les moyens médicaux habituels; il en sera de même pour la gravelle; dans ce dernier cas on agira suivant les indications par la nephtrotomie ou la néphrectomie dans les cas de gros calculs. Dans le cas d'affection concomitantes des ovaires, on combattra l'ovarite et la chloro-anémie qui l'accompagne. Les révulsits et un traitement reconstituant seront de mise.

Dans le cas d'étranglement du rein mobile cité par Albarran, on agira comme l'a fait ce chirurgien. Il s'agissait d'une jeune fille qui,depuis douze ans, souffrait d'accidents de ce genre, et à plusieurs reprises la réduction fut nécessaire après chloroformisation. En octobre 1892, après une crise qui se prolongea quinze jours, le rein étant devenu irréductible et l'état général très précaire (vomissements continuels et syncopes répétées), il se décida à opérer en pleine crise. Le rein était en rétroversion, l'extrémité supérieure avait basculé en arrière, l'organe était augmenté de volume, mais il fut aisé de le réduire et d'évacuer ainsi par l'urétère la petite quantité d'urine qui le dis-

tendait; le rein fut fixé par le procédé de Guyon; il n'y eut pas de suites opératoires.

M. Albarran fait remarquer qu'au point de vue pathogénique, cette observation démontre que certains étranglements rénaux sont dus à l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère. La rétroversion rénale n'a pas été souvent observée.

Ainsi, dans ces cas, on essayera le taxis du rein, puis on aura recours à la néphropexie si le rein est sain et réductible. En dernier lieu, on tentera la néphrectomie si l'hydronéphrose est permanente, ou si le rein est infecté.

Ainsi donc, ce sera cette conduite qu'on tiendra dans le cas d'hydronéphrose intermittente. C'est le meilleur traitement à lui opposer, quand c'est la néphroptose qui l'engendre, lorsque cette rétention est à ses débuts, qu'elle est aseptique et que le rein est susceptible d'être replacé dans sa loge. Nous ne voulons ici en donner d'autre exemple que l'observation de M. Pousson relatée à la fin de notre thèse et qui a si pleinement réussi.

Il n'en sera pas toujours de même et quelquefois il faudra recourir à la néphrectomie, tel le cas de M. Quenu qui, après une première néphropexie, dut intervenir une seconde fois, un mois après, la malade continuant à souffrir et ses urines contenant du pus, ce qui n'avait pas eu lieu à la première intervention. C'était une véritable pyonéphrose intermittente en présence de laquelle il se trouvait. La néphrectomie sera employée aussi dans les cas de tumeurs kystiques et de tuberculose. Pozzi enleva ainsi par la voie transpéritonéale un rein droit flottant et polykystique.

Il restera à choisir entre la néphrectomie transpéritonéale et la néphrectomie extrapéritonéale, ainsi que nous l'avons dit au chapitre précédent. La seconde est la plus bénigne. Brodeur, qui en a réuni dix cas, a eu huit guérisons et deux morts, soit parce que le rein droit manquait, soit parce qu'il était frappé

d'incapacité fonctionnelle. Toutes les fois qu'on pourra agir ainsi, on devra le faire. Et cependant le plus grand nombre des extirpations s'est fait jusqu'ici par la voie transpéritonéale.

Nous citerons aussi ici le traitement de certains cas d'hydronéphrose fermée développée dans un rein mobile, par la fixation de la poche à la paroi abdominale avec formation ultérieure d'une fistule urinaire, ou par l'extirpation. La mobilité était plus ou moins accentuée, suivant les observations. Le résultat de l'incision dépend du degré d'atrophie du rein. S'il est désorganisé, la guérison de la poche par suppuration est possible.

Si la destruction n'est pas complète, ses fonctions momentanément suspendues se rétablissent, et le malade est condamné à une infirmité parfois temporaire, le plus souvent permanente. Alors l'extirpation du tronçon du rein s'impose. M. Le Dentu ne connaît pas de fait de néphrectomie secondaire, après incision préalable d'une hydronéphrose dépendant d'un rein mobile, mais on peut citer un exemple de néphrectomie pour rein flottant compliqué d'hydronéphrose, pratiquée par Waltertell.

En résumé, il est difficile d'adopter une règle fixe pour les cas où le rein malade est compliqué d'ectopie. On peut pencher dans ces cas vers les opérations radicales ; et si les accidents des affections superposées à l'ectopie se combinent avec ceux de l'ectopie elle-même, il faut se décider d'emblée pour la néphrectomie et, dit M. Le Dentu, pour la néphrectomie transpéritonéale, la seule exécutable chez beaucoup de sujets, quand la mobilité du rein est très grande. Il est d'ailleurs difficile d'extirper le rein flottant hors du péritoine, à mesure que l'organe déplacé subit des altérations plus profondes et acquiert des dimensions plus considérables.

Nous terminerons en mettant en parallèle la statistique de Brodeur concernant la néphrectomie pour rein flottant douloureux et la néphropexie. Cet auteur donne le chiffre de 32

néphrectomies, 26 pratiquées par la voie abdominale avec 19 guérisons, ce qui fait 73 % de succès, et 6 lombaires avec 6 guérisons.

Le nombre des néphropexies mis en parallèle est de 17 avec 16 guérisons et une seule mort, ce qui fait 94 % de succès.

Si nous ajoutons les néphropexies pratiquées à Bordeaux et dont nous donnons les résultats, nous voyons que les 9 opérations que nous avons recueillies n'ont donné aucune mort, et nous nous trouvons, par suite, en présence de 26 népropexies, dont 25 guérisons et un seul cas de mort, ce qui fait 96 % de succès. Six de ces opérations ont été pratiquées dans l'espace de deux ans, par MM. Demons et Villar, et n'ont amené aucun accident. Ces chiffres suffisent pour indiquer la bénignité de la néphropexie.

CHAPITRE VIII

Observations recueillies à Bordeaux et Conclusions.

Nous avons réuni dans ce dernier chapître les observations que nous avons pu recueillir dans les hôpitaux et dues à l'obligeance de nos maîtres. Les observations XI et XIII sont deux cas où les malades ont parfaitement vu leur sort s'améliorer beaucoup par le traitement médical. Ces deux malades ont été revues ces jours-ci par M. le professeur Denucé, et une d'elles peut même se passer du bandage de Collin qu'elle portait, tellement l'amélioration a été sensible.

Quant aux observations de guérison par la néphropexie, tant au point de vue du rein mobile simple que du rein compliqué d'hydronéphrose intermittente, elles sont assez concluentes pour montrer les bons résultats de cette intervention. Ce sont celles que nous avons le plus en vue.

OBSERVATION IX.

Rein droit mobile. — Hydronéphrose intermittente. — Nephrorraphie. — Guérison (Dr Pousson) *communiquée le 9 avril 1893. — Opérée le 21 Juillet 1892.*

Jeanne, 25 ans, domestique.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé, six frères et sœurs bien portants. Un autre frère, épileptique, succomba aux suites d'une brûlure étendue, survenue à la suite d'une chute qu'il fit dans le feu pendant une de ses crises.

Réglée pour la première fois à dix-sept ans, depuis elle l'a été régulièrement sans douleurs. A dix-neuf ans, a accouché à terme d'un enfant dont la sortie laborieuse a nécessité une application de forceps; à la suite de ce travail, elle a eu une fistule vésico-vaginale et cette femme a continué à vaquer à ses occupations jusqu'à l'âge de vingt-deux ans.

A cette époque elle fut prise tout à coup, et sans cause appréciable, de sa première crise douloureuse, en dehors de la période menstruelle, avec douleurs tolérables au début, siégeant sur la ligne médiane, au-dessus du pubis pour gagner bientôt la région lombaire droite. La douleur augmenta peu à peu d'intensité pour atteindre son apogée au bout de deux ou trois heures, qui forcèrent la malade à se rouler sur son lit. Le ventre était gonflé, surtout à drote, et très dur. La malade eut des hausées, mais pas de vomissements, l'urine s'égoutta du vagin goutte à goutte comme à l'habitude, mais fut un peu sanglante.

Quelque temps après, elle entra à l'hôpital Saint-André dans le service de mon collègue et ami Dubourg, pour y être traitée de sa fistule vésico-vaginale. Diverses tentatives faites dans ce but en 1889 restèrent sans résultat. Au mois de juin 1889, quinze jours après, un nouvel essai, le troisième, de fermeture de la fistule, la malade eut une nouvelle crise de douleurs, débutant dans la soirée, vers six heures, et persistant toute la

nuit avec les mêmes caractères que la première. La malade quitta peu après le service et resta hors de l'Hôpital jusqu'au mois de septembre 1891.

Pendant cet intervalle de temps, elle eut plusieurs crises, mais moins intenses que les premières. Après chaque crise, son flanc droit restait tendu et douloureux pendant plusieurs semaines.

Interrogée avec soin, elle déclara n'avoir jamais rendu de graviers ou de sable dans ses urines, mais elle se souvient qu'au moment de chaque crise, elles étaient un peu troubles et laissaient se former au fond du vase un dépôt rougeâtre assez abondant.

Au mois de septembre 1891, la malade entre de nouveau dans le service de M. Dubourg pour sa fistule. Deux tentatives opératoires sont faites, l'une en septembre, sans résultat, l'autre en décembre avec un plein succès.

Trois semaines après cette dernière opération, la malade est prise d'une nouvelle crise de deux heures environ survenant pendant la nuit et offrant tous les caractères des premières. Le lendemain, à la visite, la malade est fatiguée et se plaint du côté droit, mais à ce moment l'examen le plus minutieux ne révèle rien d'anormal dans cette région ni dans le reste de la région abdominale.

Les urines recueillies et analysées sont normales.

Jusqu'à la fin du mois d'avril, la malade éprouve une douleur constante dans le flanc droit, sans crises aiguës, c'est une sensation de tension continue qui l'empêche de marcher, de rester longtemps debout.

Examen local. — Le 30 avril, un examen est pratiqué sous le chloroforme. Rien dans le flanc gauche. La palpation du flanc droit révèle l'existence dans cette région d'une tumeur volumineuse, occupant tout l'espace compris entre la douzième côte et la crête iliaque ; elle est rénitente, sonore à la percussion superficielle, et submate à la percussion profonde ; elle suit les mouvements de la respiration ; elle est ovoïde et lisse à sa surface. La loge rénale paraît vide et dépressible.

En présence de ces constatations, on pense avoir affaire à un rein flottant et probablement hydronéphrotique.

A partir de ce jour on recueille avec soin les urines.

Le 1er mai, la malade rend dans les 24 heures 550 grammes d'urine fortement teintée en rouge, ne laissant se former qu'un léger dépôt, mais ayant une odeur forte ; ni albumine, ni sucre, urée 8 grammes par litre (?) au microscope, grande quantité de globules rouges, très peu d globules blancs, pas de tubes, quelques éléments sphériques, cristau d'acide urique en assez grande quantité, pas de bacilles tuberculeux.

Le 3, urines 900 gr. teintées en rouges : diarrhée, céphalalgie, vertiges, mouches volantes, nausées sans vomissements.

Le 6, urines 1050 gr., l'état général s'améliore, la douleur du flanc droit disparaît, la tumeur n'est plus appréciable et la palpation ne révèle qu'un peu d'empâtement.

Le 7, urines 800 gr., absolument claires.

Du 7 mai au 3 juin, les urines de 24 heures oscillent entre 800 et 1000 grammes ; elles sont claires. La malade se lève un peu, son état semble meilleur ; elle n'accuse plus qu'une sensation de douleur vague et peu intense dans le flanc ; la palpation n'y fait pas constater de tuméfaction, mais seulement un peu d'empâtement.

A partir de ce jour jusqu'au 15 juin, la quantité des urines descend à un chiffre qu'elle n'avait pas encore atteint, comme en témoigne le relevé suivant :

Le 4 juin la malade rend		200 gr. d'urine.
Le 5	—	350 gr.
Le 6	—	400 gr.
Le 9	—	250 gr.
Le 10	—	400 gr.
Le 11	—	250 gr.
Le 13	—	300 gr.
Le 14	—	250 gr.

Ces urines sont louches, un peu rougeâtres. La malade éprouve des

douleurs violentes dans le côté, elles sont continues avec quelques exacerbations ne rappelant cependant pas les crises antérieures. La tumeur a reparu dans le côté droit. La température oscille entre 36°6 et 37° : céphalalgie constante, rebelle à tous les traitements, pas de vomissements ; pas de diarrhée.

A partir du 15 juin, les accidents locaux et généraux s'amendent peu à peu, en même temps que la quantité d'urines émises dans les 24 heures augmente, sans jamais dépasser néanmoins 6 à 700 gr.

La malade continue cependant à éprouver de la douleur dans le flanc droit et la palpation fait constater dans cette région l'existence d'une tumeur beaucoup plus petite que celle trouvée pendant les crises, plus mobile et offrant tous les caractères du rein déplacé. Cette tumeur est douloureuse à la pression ; la constriction du corset et même des autres vêtements, si peu serrés qu'ils soient, réveille de grandes souffrances ; la marche est impossible, la station verticale est elle-même très pénible, la malade ne peut plus s'habiller et sortir de son lit. Elle réclame une opération qui puisse la délivrer de son mal.

Le service étant à ce moment confié à ma direction, j'observe cependant encore la malade pendant quelques semaines, et après m'être convaincu que les crises douloureuses qu'elle offre reconnaissent pour cause des attaques d'hydronéphrose dues au déplacement du rein, je me décide à pratiquer la néphropexie. La quantité d'urine rendue à ce moment varie de 5 à 600 grammes.

L'analyse faite par mon collègue et ami Denigès donne le résultat suivant : densité 1.021, réaction neutre ; urée 15.75 ; acide urique, 0.35 ; albumine, traces.

Opération. — Le 21 Juillet, la malade chloroformée est couchée sur le flanc gauche et repose sur un coussin qui la soulève à ce niveau et développe l'échancrure costo-iliaque droite. Incision verticale parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire et à six centimètres de la colonne vertébrale, s'étendant du bord inférieur de la onzième côte à deux travers de doigt de la côte iliaque.

Les plans musculo aponévrotiques sont rapidement traversés sans ouverture de vaisseaux importants, et j'arrive dans la loge rénale où je trouve sans peine le rein qu'un aide y refoule en déprimant fortement la paroi abdominale au niveau du flanc. Je l'explore et constate qu'il est volumineux, mais parfaitement sain, de même que les calices et le bassinet. Je passe alors en plein tissu rénal et à environ un centimètre et demi du bord convexe deux gros fils de catgut n° 2, l'un près de l'extrémité inférieure de l'organe, l'autre à égale distance de ses deux extrémités; un troisième fil de soie plate est passé près de l'extrémité supérieure. Prenant chacun des chefs des fils de catgut, je fais avec eux un nœud au contact de la face du rein, puis traversant avec ces chefs, rendus libres, à la fois la capsule cellulo-adipeuse et la lèvre correspondante de la boutonnière musculaire faite à la paroi lombaire, je les y fixe par un nœud solide. Quand au fil de soie passé dans l'extrémité supérieure du rein, il est attaché au périoste de la face externe de la douzième côte sans la contourner. De la sorte, ce rein est comme suspendu à cette dernière côte.

Avant de fermer la plaie, je l'aseptise soigneusement avec la solution de sublimé et, par prudence, je place dans son angle inférieur, pour la drainer une mèche de gaze iodoformée. Je suture couche par couche les différents plans musculo-aponévrotiques avec du catgut et les téguments au crin de Florence.

Saupoudrage à l'iodoforme et pansement à la gaze et au coton salicylé.

Suites opératoires. — Elles sont bonnes. La malade a rendu 150 grammes environ d'urine claire, limpide, sans la moindre trace de sang.

Le 22 Juillet; nuit bonne, la malade s'est plainte et se plaint encore d'une légère douleur dans le côté droit. Température 37°1 — urines 600 grammes depuis l'opération — limpides.

Le 23, le pansement est défait, la plaie est en très bon état et paraît réunie, la mèche de gaze iodoformée est enlevée ; il s'écoule par l'orifice qui lui livre passage une petite quantité de sérosité noirâtre, mais pas la moindre goutte de pus.

Le 4 Août; on enlève les sutures superficielles, la plaie est réunie dans toute son étendue, ainsi que l'orifice de la mèche iodoformée fermée par des bourgeons.

Les urines claires ne dépassent guère, depuis le 23 Juillet, 800 à 1000 grammes dans les vingt-quatre heures, pas de symptômes ni d'accidents de rétention.

Elle commence à se lever dans les premiers jours de Septembre, plus de six semaines après l'opération. Pendant son séjour au lit, elle a bien éprouvé parfois de légères douleurs dans le côté; mais jamais rien de comparable à ses souffrances antérieures. La palpation profonde de la région rénale y révèle la présence du rein qui paraît toujours un peu gros, mais est solidement fixé à sa place.

Résultats éloignés. — La malade reprend peu à peu les forces qu'elle a perdues pendant son séjour prolongé au lit et arrive à se lever debout et à marcher.

Vers la fin de Novembre, elle peut être considérée comme parfaitement rétablie et à partir de ce jour, elle aide l'infirmière de service aux grosses besognes de la salle. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui, elle n'a cessé de se livrer à ces occupations relativement fatigantes. Le rein est resté parfaitement fixé,la malade n'a plus eu la moindre crise, les urines sont restées claires et limpides; leur quantité varie de 1000 à 1200 grammes dans les vingt-quatre heures.

Cette femme est partie de l'hôpital, mais présentant alors des signes de neurasthénie; son état général était bon, ainsi que nous avons pu le constater, ayant eu l'occasion de voir nous-même cette femme aller et venir dans la salle et vaquer à ses occupations. Elle n'accusait plus de crises douloureuses.

OBSERVATION X.

Rein mobile du côté droit douloureux. — Troubles gastriques et névropathiques. — Néphropexie. — Amélioration des symptômes douloureux. — Observation communiquée par M. le Dr J.-W. Binaud, chef de clinique de M. le professeur A. Demons.

Marguerite D..., trente-quatre ans, cuisinière, entre le 4 mars 1893 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons, pour des douleurs abdominales. Ses antécédents, héréditaires ou personnels, n'offrent rien de bien particulier à signaler. Sa mère serait morte à l'âge de cinquante-sept ans, d'une attaque de rhumatisme. Son père est âgé de soixante-quatorze ans et se porte bien. Elle-même nous apprend qu'elle a eu la fièvre typhoïde dans son enfance, la variole en 1870, le tænia en 1889.

Réglée pour la première fois à l'âge de onze ans, sa menstruation a été toujours régulière jusqu'au début de son affection actuelle. Elle a eu deux enfants, âgés aujourd'hui l'un de quatorze ans, l'autre de quinze ; tous deux sont en bonne santé. Ses grossesses, ses accouchements et ses suites de couches se sont toujours passés dans de très bonnes conditions. Depuis lors, deux fausses-couches, toutes deux de trois mois et demi, sans aucune suite.

Les douleurs pour lesquelles la malade entre à l'hôpital avaient débuté vers le commencement de l'année 1891. A cette époque, elle dut fournir un travail des plus pénibles, obligée qu'elle était de demeurer debout jusqu'à quatorze et quinze heures de suite. En plus de ses occupations de cuisinière, elle devait monter deux fois par jour, à l'étage supérieur de la maison où elle était employée, un baril contenant trente-cinq litres de vin ; pour s'aider dans le transport de ce fardeau, elle avait l'habitude d'appuyer sur son abdomen la partie moyenne du barillet : un jour, elle eut une faiblesse dans la région lombaire et l'on

dut la soutenir. Depuis cette époque, elle n'a cessé de souffrir. Les douleurs occupent tout le corps et particulièrement le côté gauche. Leur siège est des plus variable, tantôt le pourtour du thorax, tantôt la région lombaire, les aînes, les cuisses, les jambes, quelquefois même elles suivent le trajet du sciatique; plus rarement elles occupent la tête, et dans ce cas elles se localisent au niveau du pariétal gauche. Ces douleurs s'exaspèrent à la moindre fatigue et deviennent surtout intolérables au moment des règles. Ce caractère d'acuité apparaît en général douze jours avant l'époque cataméniale et persiste pendant toute la durée de celle-ci. La malade souffre alors tellement qu'elle est dans la nécessité de rester couchée trois semaines sur quatre, et que lors de sa première attaque, elle a dû s'aliter pendant sept mois.

Indépendamment de ces phénomènes douloureux, elle a éprouvé et éprouve encore des troubles digestifs divers, tels que vomissements, douleurs épigastriques, si bien que les médecins qui l'ont soignée jusque dans ces derniers temps l'ont traitée pour une gastrite (régime lacté, séjour à la campagne, lavage de l'estomac).

Enfin, cette femme accuse un grand changement dans son caractère. Calme, l'esprit très posé avant le début de son affection, elle est devenue, depuis lors, irritable, triste, mélancolique.

Elle pleure à la moindre contrariété et est sujette maintenant à de violentes attaques de nerfs. L'études des diverses sensibilités ne révèle toutefois rien de particulier.

Les appareils circulatoire et pulmonaire sont sains ; les urines normales. La malade est pâle, amaigrie. Examinée dans le décubitus horizontal, ses différents viscères abdominaux ne présentent rien d'anormal, il en est de même des organes génitaux. L'exploration du rein selon les divers procédés de Guyon, Glénard, etc..., montre que cet organe est très peu fixe dans sa loge et qu'il l'abandonne aisément sous la moindre pression des doigts pour glisser vers l'abdomen. Son volume est légèrement augmenté, mais sa forme a gardé ses caractères normaux.

L'opération de la néphropexie est proposée à la malade et acceptée

par elle. Elle a lieu le 20 avril 1893, et elle est pratiquée par M. le professeur Demons, assisté du Dr Binaud, de son interne M. Petit et de ses aides habituels. La technique enployée est celle qu'à préconisée M. Tuffier. La malade est chloroformée et placée dans le décubitus latéral sur le côté gauche : Antisepsie rigoureuse du champ opératoire qui est maintenu isolé au moyen de serviettes phéniquées. Incision de huit centimètres, passant à quatre bons travers de doigts de la ligne des apophyses épineuses et comprise entre les deux dernières côtes et la crête iliaque. Section des divers plans ; rein refoulé par un aide et maintenu fixé par deux fils de soie ; ceux-ci limitent sur le bord convexe du rein les points supérieurs et inférieurs de la décortication de la capsule propre, décortication qui se fait très facilement et qui provoque seulement une légère émission de sang. A l'aide de l'aiguille de Reverdin, un troisième fil de soie est placé au milieu de la surface du rein mise à nu. Ces fils sont fixés aux parties sous-jacentes périostiques (12e côte) et musculo-aponévrotiques et moyennement serrés. On fait ensuite la suture de ces divers plans par un surjet au catgut. Réunion des lèvres de la plaie cutanée par des points séparés avec du crin de Florence. Pansement iodoformé. Bandage de corps.

21 Avril. — La malade a beaucoup souffert pendant la nuit. Vomissements fréquents. On doit la sonder pour qu'elle urine. Urines très légèrement sanguinolentes.

22 Avril. — Les vomissements continuent.

23 Avril. — Les phénomènes sont les mêmes que dans les deux jours précédents, moins les vomissements.

29 Avril. — On ôte les points de suture. Le rein est maintenu au niveau de la cicatrice, absolument complète.

30 Avril. — Adénite inguinale droite très douloureuse.

2 Mai. — L'adénite s'étend à gauche ; et s'accompagne de fièvre. Applications d'onguent napolitain. Urines très troubles, 1250 grammes. Pus en assez grande quantité. Albumine, pas de sucre. Escharre au sacrum.

4 Mai. – Urines, 1200 grammes en 24 heures. La malade souffre de là.

5 *Mai.* — Urines, 1275 grammes.

6 Mai. — Urines, 1450 grammes. L'adénite a beaucoup diminué. Elle est bien moins douloureuse. Douleurs toujours très violentes dans la région lombaire, empêchant la malade de se reposer.

17 Mai. — L'escharre sacrée ayant de la tendance à suppurer, on fait une incision d'où s'écoule de la siérosité filante, gluante et teintée de sang. Le stylet ne révèle aucun point osseux malade.

20 Mai. — La région lombaire est un peu tuméfiée.

25 Mai. — Il n'y a plus de douleurs ni de gonflement au niveau du rein.

1er Juin. — Il se manifeste chez la malade des douleurs tout à fait indéterminées dans les reins, les épaules, etc.. On fait prendre à la malade des bains qui la soulagent beaucoup.

11 Juin. — La malade sort de l'hôpital guérie, mais avec des symptômes de neurasthénie que nous avons constatés nous même qui subsistent encore à la date du 30 octobre 1893. Le rein est parfaitement fixé.

OBSERVATION XI

Rein mobile compliqué. — Troubles dyspeptique. — Neurasthénie. — Grande amélioration par un bandage contenctif. — (Empruntée à la la thèse de Duchesne, communiquée par M. le professeur agrégé Denucé).

Mme X...., 56 ans, mère de trois enfants en bonne santé, est d'un tempérament lymphatique et est très nerveuse. Jeune fille, elle a eu des crises cataleptiformes. Depuis son mariage, elle est très sujette à des névralgies, assez variables de siège, mais très tenaces. En 1861, elle a eu une attaque sérieuse de rhumatisme articulaire aigu. Aujourd'hui, elle présente des signes nets de rétrécissement aortique avec légère insuffisance.

En 1887, à la suite de chagrins très vifs, de veilles prolongées, Mme X...

avait considérablement maigri. Le 2 juillet, dans la nuit, je fus appelé en toute hâte auprès d'elle. La malade, prise subitement d'une douleur violente dans le flanc droit, se tordait sur le sol, sans pouvoir même exprimer ce qu'elle ressentait. Une injection de 0 gr. 04 de morphine fut nécessaire pour la calmer. Elle s'endormit et le lendemain décrivit cette douleur comme ayant son siège profondément dans le flanc droit et irradiant vers le pli de l'aîne. Les caractères de cette crise étaient à peu près ceux de la colique néphrétique. Rien dans les urines; pas d'ictère et l'examen des fèces, fait avec soin, ne donne aucun résultat.

Trois jours plus tard, la crise se renouvela avec la même violence. Il en fut de même le 7 et le 9 juillet. Celle-ci fut calmée avec 1 gramme d'acétaniline et ce moyen fut dès lors employé pour calmer les crises qui réapparurent tous les deux ou trois jours. De passage à Bordeaux, M. le professeur Verneuil fit le diagnostic de rein mobile, auquel M. le Docteur Tuffier se rangea quelque temps après (août 1888), et fit faire un appareil à pelote rénale.

A ce moment, les symptômes assez complexes, présentés par la malade, étaient de trois ordres différents.

1° *Symptômes néphrétiques.* — En dehors des crises dont je viens de parler, la palpation permettait de retrouver dans le flanc droit, le rein offrant sa forme, sa consistance, sa sensibilité caractéristiques, et une très grande mobilité. La malade était arrivée à prévoir en quelque sorte ses crises, par une certaine augmentation de volume que la tumeur mobile offrait parfois et qu'il m'a été donné de reconnaître.

2° *Symptômes dyspeptiques.* — Anorexie absolue. La malade était obligée de se forcer pour manger. Digestion difficile ; constipation opiniâtre. Quelquefois la malade éprouvait des coliques intestinales douloureuses.

3° *Symptômes nerveux.* — Grande irritabilité. Insomnie. Lipothymies fréquentes, névralgies erratiques dans les nerfs intercostaux ou dans les branches des plexus cervicaux ou brachiaux, ou dans les nerfs

grands abdominaux génitaux. Ces névralgies cédaient à une petite dose d'acétaniline ou d'antipyrine, ou à une légère dose de morphine en injection hypodermique (de 1/2 à 1 centigramme).

L'applicatiou d'un appareil de contention convenable (septembre 1889), a mis fin aux crises, d'une façon absolue. Les symptômes dyspeptiques ont persisté très longtemps ; il n'y a guère plus de deux ou trois mois (mai-juin 1893), que Mme X a retrouvé un peu d'appétit et des digestions normales. Les névralgies persistent, très irrégulières dans leur apparition et dans leur siège.

En somme, la néphroptose elle-même peut être considérée comme guérie. Les crises n'ont pas reparu depuis deux ans, et la palpation abdominale ne permet plus de constater la présence du rein hors de sa loge et sa mobilité.

26 Octobre 1892. — La malade, revue très souvent depuis par M. Denucé, est parfaitement guérie et ne porte pas son bandage.

OBSERVATION XII

Rein mobile compliqué. — Entéroptose. — Troubles dyspepliques. — Application d'un appareil. — Amélioration. — (Empruntée à la thèse de Duchesne, communiquée par M. le professeur agrégé Denucé).

Mme G..., 25 ans, vient me consulter le 16 mai 1891. Comme antécédents héréditaires, elle me signale sa mère comme ayant une double hernie inguénale et crurale à droite. Elle n'a jamais été malade ; elle n'a été réglée qu'à 18 ans, et depuis d'une façon très irrégulière.

Mariée à 20 ans, elle eut un enfant un an après ; accouchement laborieux par version. Phlegmatia alba dolens, d'une durée de deux mois, elle a beaucoup maigri à ce moment. Dès qu'elle s'est levée, elle a ressenti dans le flanc droit une douleur vive, à peu près continue, s'aggravant par la marche, ou les cahots en voiture, et se transformant tous

les 5 ou 6 jours en crises violentes, avec sueurs profuses froides et ne cédant que quand la malade se couche. Anoréxie absolue ; constipation opiniâtre ; digestion pénible.

La palpation assez douloureuse fait reconnaître dans le flanc droit un corps dur, ovoïde, à grand axe vertical et un peu oblique en bas et en dedans ; ce corps assez mobile peut être déplacé depuis l'ombilic jusqu'à l'ongle formé par la ligne axillaire et les fausses côtes. Matité à la percussion.

La percussion stéthoscopique montre l'absence du rein dans la région lombaire droite, l'indépendance de la tumeur et du foie et un léger degré d'abaissement du côlon transverse. L'estomac paraît avoir ses limites normales. La succussion sur un plan incliné ne permet ni la disparition complète de la tumeur, ni le déplacement du côlon transverse.

Appareil du modèle Collin. Traitement interne, strychnine et pancréatine.

Le 26 mai, les crises douloureuses ont disparu. Persistance des phénomènes dyspeptiques. Le côlon paraît toujours un peu abaissé.

Le 1er octobre 1891, les crises n'ont pas reparu ; la malade a un peu engraissé, mais elle se plaint encore d'anoréxie et de constipation.

26 octobre 1892. La malade n'a pas été revue depuis cette date du 1er octobre de l'année dernière.

OBSERVATION XIII.

Rein mobile compliqué. — Entéroptose. — Dilatation de l'estomac. — Application d'un appareil prothétique. — Amélioration. — (Empruntée à la thèse de Duchesne. Communiquée par M. le professeur agrégé Denucé.

Marie S..., corsetière, trente-cinq ans, vient me consulter le 5 avril 1891. Réglée régulièrement depuis l'âge de seize ans. Mariée à dix-huit

ans, elle a alors éprouvé des douleurs pelviennes qui se sont beaucoup atténuées après son premier accouchement. Elle a eu, à de courts intervalles, quatre grossesses normales, sauf la troisième, qui s'est terminée par un avortement de cinq mois et demi, sans cause déterminée.

Devenue veuve il y a cinq ans, la malade a éprouvé un violent chagrin, a beaucoup maigri. S'étant mise depuis à coudre à la machine, elle ressentit, il y a quatre ans, des crises qu'elle a d'abord cru être un rappel de ses douleurs pelviennes, mais dont elle n'a pas tardé à reconnaître les caractères particuliers : début soudain, douleur vive, continue, avec exacerbations incessantes dans la région lombaire droite et s'irradiant vers le pli de l'aîne droit et quelquefois en haut, vers le membre supérieur droit. Ces crises sont quelquefois remplacées par des tiraillements douloureux. La fin de la crise est signalée par une émission considérable d'urine claire, sans sable ni gravier. Aucun signe hépatique.

Depuis le début de ces crises, la malade se plaint d'anorexie et de dégoût marqué pour certains aliments, de digestion pénible, de constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéiques provoquées par le moindre laxatif. Céphalalgies fréquentes. Insomnie à peu près continuelle. La palpation de l'abdomen dans le décubitus dorsal montre au-dessous du foie une tumeur lisse, convexe, à grand axe vertical, se confondant en haut avec le foie, limitée nettement en bas, à huit travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes et sur les côtés. Cette tumeur est très mobile et très sensible à la pression. Dans la position genu-pectorale, la palpation bi-manuelle permet de saisir la tumeur qui vient s'appliquer à la paroi antérieure. La pression la fait filer en arrière et en dehors, en provoquant une douleur assez vive. Cette fuite n'est pas vive et soudaine.

La percussion donne l'absence du rein dans la région lombaire droite (position genu-pectorale) et dans le décubitus : 1° l'indépendance de la tumeur et du foie ; 2° une dilatation modérée de l'estomac, et 3° au-dessous de la limite inférieure de l'estomac, à peu près au niveau de l'om-

bilic et un peu au-dessous, le trajet du côlon transverse qui semble traverser la région un peu obliquement en haut et à gauche. Si on met la malade sur un plan incliné, les pieds très élevés, après quelques succussions fortes sur les côtés du bassin, la tumeur disparaît, probablement par réduction du rein dans sa loge, et le côlon transverse se trouve nettement plus haut que l'ombilic. La sonorité à la percussion simple se continue avec celle de l'estomac. La percussion avec auscultation de Bianchi, et l'auscultation, pendant que la malade boit, font voir que c'est bien le côlon qui y est remonté.

J'ordonne à la malade un appareil du modèle Collin et un traitement interne (strychnine et pancréatine). Je lui recommande de mettre le matin son appareil étant couchée sur un plan incliné qne l'on obtient en élevant fortement les pieds du lit. Je l'ai revue le 16 avril ; elle avait sa ceinture depuis quatre jours et n'avait plus eu de douleurs.

Le 20 juin, les crises n'avaient pas reparu ; l'appétit était très bon ; la malade étant couchée sur le dos, j'enlève l'appareil ; la tumeur ne se sent pas à une palpation modérée. Le côlon transverse à la percussion stethoscopique est à sa place normale.

Le 6 octobre 1891, la guérison persiste. L'appétit est excellent ; les selles sont régulières.

Le 26 octobre 1892, la malade, revue par M. Denucé, est parfaitement guérie et se passe même de bandage.

OBSERVATION XIV

Rein droit mobile à forme douloureuse. — Néphropexie. — Guérison pendant un an. — Récidive. — (Observation communiquée par M. le Docteur Dudon).

Louise G..., 50 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital Saint-André dans le service des dames payantes, adressée à M. le Docteur Dudon, par M. le Docteur Cazeaux de Lüe (Landes).

Cette femme a eu plusieurs grossesses, et vers l'année 1871 elle fut obligée de cesser ses travaux des champs par suite des douleurs violentes qu'elle éprouvait dans l'abdomen depuis quelques années déjà, mais à un degré moins prononcé. Ces douleurs s'exagéraient au moment de la menstruation et obligeaient la malade à se coucher. Troubles digestifs caractérisés par de la dyspepsie ayant amené de l'amaigrissement et par une constipation opiniâtre. La sécrétion urinaire est normale.

En examinant la cavité abdominale, examen rendu facile parce que la paroi du ventre est très souple et dépressible, on constate que le rein droit descend très bas jusqu'au voisinage de la fosse iliaque ; sa forme est conservée, son volume paraît légèrement augmenté, il est douloureux à la pression et facilemet réductible car il s'échappe sous la pression de la main et regagne sa loge.

Néphropexie du côté droit. La malade est couchée du côté gauche. Incision oblique allant de la pointe de la treizième côte vers la crête iliaque. Section des différentes couches jusqu'au rein refoulé et maintenu fixé. Décortication de la capsule. Suture à travers le parenchyme, au moyen de trois fils de catgut, à la douzième côte et aux tissus voisins. Réunion des lèvres de la plaie cutanée par des points au crin de Florence, après réunion des muscles par suture profonde. Pansement antiseptique à l'iodoforme. Malgré toutes les précautions, la malade a eu un érysipèle qui l'a fortement éprouvée ; cependant elle guérit et rentra chez elle un mois environ après l'opération qui eut lieu au mois de mai 1891.

Pendant un an, son état fut assez bon, les douleurs avaient disparu, et la malade reprit ses occupations ; mais le rein se déplaça de nouveau au bout de ce temps et les douleurs recommencèrent.

Depuis la malade est morte cette année-ci, d'accidents indépendants de son rein mobile.

Le catgut aurait dû peut-être céder la place à la soie.

OBSERVATION XV.

Rein droit mobile à forme neurasthénique, chez une malade ataxique. — Néphropexie pratiquée par M. le docteur Demons. — Peu d'amélioration au point de vue des symptômes nerveux.

Marie D..., 37 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-André, salle 9, lit 23, le 1er juin 1893, pour douleurs rénales et douleurs de tête.

Premières règles à onze ans, régulières mais peu abondantes. A vingt-deux ans, elle eut un accouchement à terme, mais très difficile, et ses suites de couches la retinrent assez longtemps au lit.

Cette femme a toujours été très nerveuse et commença, il y a dix-huit mois, à ressentir des douleurs dans la région rénale, douleurs augmentant par la fatigue et se calmant par le repos au lit. Constipation opiniâtre, peu de troubles urinaires. Les règles ne sont pas douloureuses et ne sont pas troublées. Elle entra l'année dernière, au mois de novembre 1892, à la salle 7, chez M. Pitres, où on reconnut qu'elle présentait des symptômes d'ataxie et où elle fut traitée par la pendaison et par l'électricité. Ses douleurs lombaires n'étant pas améliorées, elle entre à la salle 9. L'examen méthodique de la cavité abdominale permet de constater que le rein droit est déplacé, a un volume légèrement augmenté et une forme régulière. Le ballottement rénal vient à l'appui de cette manière de voir, et la palpation bi-manuelle permet de sentir que cette tumeur est réductible et, abandonnant la région iliaque, regagne sa place ordinaire. La néphropexie proposée à la malade fut pratiquée le 18 juin. Incision verticale à la partie externe de la masse sacro-lombaire droite, entre la douzième côte et la crête iliaque. Section des différentes couches jusqu'au rein. Décortication de la capsule propre. On passe trois fils de soie plats à travers le parenchyme rénal, au moyen de l'aiguille de Reverdin ; ces fils sont fixés aux plans aponévrotiques. Suture à étages. Réunion des lèvres de la plaie cutanée au crin de Florence. Pansement à la pâte de Socin. Pas de drainage.

Du 19 au 28 juin, la malade souffre assez et ne peut uriner seule.

Le 23 juin, on défait le pansement ; réunion par première intention. Pas de pus. La malade urine seule. Nouveau pansement.

28 juin. — La température s'étant élevée à 39°, on défait le nouveau pansement. La cicatrice est rouge et enflammée, mais il n'y a pas de pus. La malade éprouve des douleurs dans la région lombaire.

1^er^ *juillet.* — Les douleurs continuent, et la cicatrice est douloureuse ; on ouvre la partie inférieure de la plaie et on met un drain, il sort une certaine quantité de pus.

L'état de la malade reste le même jusqu'au 11 juillet où cesse la suppuration de la cicatrice. La malade sort quelques jours après guérie, le rein est maintenu à sa place.

Depuis, il en est toujours de même ; les troubles nerveux ne se sont guère amendés, mais l'opération en elle-même a réussi complètement.

OBSEVATION XVI

Rein mobile bilatéral à forme douloureuse. — Néphropexie bilatérale à 51 jours de distance, pratiquée par M. le professeur Demons et par M. Villar, professeur agrégé.

1° Néphropexie droite.

Marie L..., 30 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 26 mai 1892, pour douleurs siégeant à l'abdomen. Mère morte de la poitrine ; elle a perdu une sœur de la même affection ; deux frères et une sœur bien portants. Réglée à 20 ans, mais ses règles ont toujours été accompagnées de douleurs violentes. Il y a trois ans, chute sur la région lombaire, qui l'obligea à rester six semaines au lit ; depuis elle a toujours eu des douleurs dans cette région. Elle a de la constipation habituelle, des digestions et une miction difficiles. Il y a trois mois, nouvelle chute sur les reins, ses douleurs ont augmenté ; elles se calment dans la position horizontale.

La palpation bi-manuelle permet de constater la présence dans l'abdomen, du côté gauche, d'une tumeur lisse, de consistance ferme, dont la configuration rappelle celle du rein, tumeur qui file sous les doigts quand on presse de bas en haut.

A droite on trouve une tumeur semblable, présentant les mêmes caractères, mais faisant un relief plus appréciable au toucher, à grand axe un peu incliné sur le plan antéro-postérieur.

Ces deux tumeurs sont douloureuses à la pression et dans la station debout, surtout au moment de la menstruation où la malade dit que la région gonflée l'empêche de se coucher sur le côté droit. Lorsque la malade se couche du côté gauche, le rein droit se rapproche de la région médiane où elle vient faire saillie sous la peau.

La malade est opérée le 9 juin, par M. le professeur Demons.

Incision de 7 à 8 centimètres sur le côté droit, au niveau de la fosse rénale, partant de la douzième côte et arrivant à la crête iliaque. Rein refoulé par un aide, la malade étant couchée sur le côté gauche. Le rein amené au niveau, de l'incision est saisi avec une pince à hystéropexie. Décortication de la capsule propre. Parenchyme traversé par trois fils de soie assez large qu'on attache aux plans musculo-aponévrotiques. Suture en surget des tissus musculaire, aponévrotique et cellulaire. Peau suturée au crin de Florence. Pansement à la pâte de Socin.

10 Juin. — La malade a souffert la nuit de l'opération, mais elle n'a pas eu de vomissemenis. Un peu de fièvre.

11 Juin: — La malade est plus calme, cependant les douleurs persistent. Elle urine seule.

13 Juin. — La malade ne souffre presque pas. Elle se plaint de douleurs superficielles. On regarde le pansement. Rien d'anormal.

22 Juin. — On défait le pansement. Réunion par première intention. Les points de suture sont enlevés.

25 Juin. — Le mieux s'accentue.

29 Juin. — Plaie complètement guérie, mais la malade se plaint toujours de douleurs dans le côté droit.

4 Juillet. — Les douleurs du côté droit sont bien moins fortes. Douleurs de tête. La malade se plaint de son rein gauche.

15 Juillet. — Les douleurs ont disparu. Etat général très bon.

2° Néphropexie gauche.

Elle est pratiquée par M. le professeur agrégé Villar, suppléant M. le professeur Demons, le 30 juillet 1892. La malade est placée dans la position classique. Incision à cinq travers de doigt des apophyses épineuses dirigée un peu obliquement de haut en bas de la onzième côte vers la crête iliaque. On arrive sur le rein qu'on décortique pendant qu'un aide le repousse de bas en haut. Trois points de suture à la soie placés avec l'aiguille mousse fixent le rein à la paroi musculo-aponévrotique. Comme toujours, hémorrhagie au moment où l'aiguille traverse le parenchyme rénal. Suture des muscles au catgut et de la peau aux crins de Florence. Pas de draînage.

Le jour de l'opération et le lendemain, la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre ; le jour même, elle a quelques vomissements. Elle ne peut uriner spontanément.

Le 1er Août, l'état général est très bon, la malade ne vomit plus, elle ne se plaint plus de douleurs abdominales, mais ne peut encore uriner seule.

Le 2 Août, la malade urine seule, l'état général est bon. Ajoutons que, pendant deux ou trois jours, l'urine est teintée de sang.

Rien de particulier à signaler les jours suivants. La plaie se réunit par première intention.

La malade se lève pour la première fois, le 27 Août ; les douleurs ont complètement disparu.

Elle quitte l'hôpital le 2 Septembre 1892.

Résultat des deux interventions. — Lorsque la malade quitte l'hôpital, elle souffre un peu du côté droit, le rein de ce côté n'est pas resté complètement fixé ; le rein du côté gauche est bien à sa place et ne provoque pas de douleurs. Cependant il faut bien dire que, à cette époque, l'opération était encore trop récente pour qu'on pût juger des résultats.

La malade a écrit le 24 Décembre 1892 à M. le professeur Villar, environ cinq mois après l'opération ; elle se plaignait de souffrir un peu du côté gauche. M. Villar lui a écrit en lui conseillant de porter un bandage et de ne pas trop se fatiguer et la priant de lui donner des nouvelles de son état. Depuis M. Villar n'a reçu aucune réponse, de sorte que, en ce qui le concerne, il peut dire qu'il a obtenu du moins un résultat durable pendant quelque temps, mais il n'est pas possible de se prononcer sur le résultat définitif de l'intervention.

12 Novembre 1893. — Voici les renseignements complémentaires que nous a envoyés Mlle Marie L... en réponse à notre lettre du 4 Novembre.

Cette jeune femme, actuellement en traitement à la salle Sainte-Thérèse, hôpital de Pau, nous dit éprouver toujours des douleurs des deux côtés, mais surtout du côté droit où le rein est actuellement complètement déplacé. Elle dit qu'il a fallu la sonder pendant quatre mois ; maintenant elle urine seule.

Voilà onze mois qu'elle est couchée et ne peut se lever. Le rein gauche parait fixé.

Il est juste d'ajouter qu'elle souffre de la poitrine, qu'elle tousse depuis quelque temps, et qu'elle a vu survenir une tumeur abdominale qui la fait souffrir beaucoup, mais dont elle ne peut nous dire le siège et la nature.

Peut-être cette femme est-elle actuellement atteinte d'affection tuberculeuse ; nous regrettons que ces renseignements nous soient parvenus trop tard, par suite de la difficulté de retrouver cette malade, ce qui fait que nous n'avons pu nous renseigner auprès du chef de service de cette salle.

OBSERVATION XVII

Rein droit mobile à forme neurasthénique. — Malade opérée par M. le professeur agrégé Villar (communiquée par lui).

Elisa D... quarante ans, ouvrière dans une fabrique de cartouches métalliques, entre à l'hôpital Saint-André le 16 août 1893, dans le service de M. le Dr Villar, professeur agrégé.

Premières règles à dix-sept ans, régulières ; un seul accouchement à dix-huit ans. Après cet accouchement, la malade reste trois mois au lit, atteinte d'érysipèle, puis de bronchite. Depuis treize ans, elle souffre de douleurs dans le ventre, dans les hypocondres, douleurs qui s'irradient dans la cuisse gauche. Sensation de poids dans le ventre, dans toutes les positions. Mictions abondantes et fréquentes. L'urine est quelquefois rouge. La malade est très constipée depuis le début de sa maladie; soignée pendant quelque temps à la clinique gynécologique de la Faculté, elle nous est adressée par M. le professeur agrégé Boursier, en 1892, alors que nous remplacions M. Demons. A l'examen, on ne constate pas de douleurs à la pression dans la région des annexes. Le périnée, qui avait été déchiré lors de son accouchement, avait été réparé en 1891, et est réduit à une lame mince. Au toucher, on trouve le col assez mobile, mais un peu abaissé. Dans le cul-de-sac de Douglas on sent le fond de l'utérus rétrofléchi. L'examen au speculum permet de constater un léger ectropion des deux lèvres du col ; l'hystérométrie est à peu près impossible, ajoutons que la malade est atteinte d'une entérite glaireuse, peut-être due à la position anormale de l'utérus. Enfin, elle se plaint de troubles gastriques et présente des phénomènes nerveux les plus divers. Pensant avec M. Boursier que ces différents troubles pouvaient être sous la dépendance de la rétroflexion douloureuse, nous nous décidons à pratiquer l'hystéropexie. Cette opération est pratiquée le 10 août 1892. Les suites furent des plus simples, mais il survint au bout

de quelques jours une légère éventration, due très certainement à la mauvaise qualité du catgut dont nous nous servons à l'hôpital Saint-André, car nous avions fait la suture à trois étages.

La malade, que nous revoyons quelque temps après, se plaint encore de douleurs à siège multiple, et en l'interrogeant on finit par lui faire dire qu'elle souffre partout.

Ces douleurs rendent tout travail impossible et ont même un certain retentissement sur l'état moral de la malade.

En l'examinant de nouveau, nous constatons l'existence d'un rein mobile du côté droit ; en pressant cet organe de bas en haut, il s'échappe pour rentrer dans sa loge.

Nous nous trouvions donc en présence d'une des formes du rein mobile, accompagné de phénomènes neurasthériques. L'intervention, comme on le sait, n'est pas très indiquée dans les cas semblables ; cependant, étant donné l'état de la malade et sa position sociale, nous nous décidons à tenter la néphropexie. Celle-ci est pratiquée le 1er septembre 1893.

Malade couchée sur le côté gauche, région lombaire placée sur coussin. Incision oblique à cinq travers de doigt des apophyses épineuses et allant de la onzième côte vers la crête iliaque. Décortication du rein. En dégageant cet organe à la partie supérieure, nous apercevons le foie. Suture au catgut de l'orifice qui a permis d'apercevoir cet organe. Trois fils de soie traversent le parenchyme rénal et fixent le rein à la paroi musculo-aponévrotique. Comme cela arrive toujours dans ce temps de l'opération, il y eut une hémorrhagie, arrêtée du reste dès que les fils furent serrés. Suture au catgut de la couche musculo-aponévrotique. Suture de la peau aux crins de Florence. Pas de drainage.

La malade urine seule pendant la nuit. Elle se plaint pendant cinq jours (femme très nerveuse) ; les urines sont teintées de sang pendant trois jours. On retire les crins de Florence le neuvième jour et la plaie est réunie par première intention, mais trois jours après la sortie des fils, il se produit un léger suintement qui disparaît très rapidement. La

température est restée normale, sauf le sixième jour, où elle monte le soir à 38° pour redescendre le lendemain matin à 37°. Quant au résultat thérapeutique, il n'a pas été très brillant ; sans doute le rein semble fixé à sa place, mais la malade est une vraie neurasthérique et continue à se plaindre de douleurs disséminées dans le ventre.

OBSERVATION XVIII

Rein droit mobile douloureux. — Néphropexie pratiquée par M. le Docteur Villar. — Guérison.

Amélie V..., 27 ans, ouvrière, entre à l'hôpital pour des douleurs de ventre. Cette femme, sans antécédents héréditaires, n'a jamais eu de maladies sérieuses. Rougeole à 1 an. Premières règles à 14 ans, régulières, durant 4 ou 5 jours, non douloureuses ; pas de leucorrhée dans l'intervalle des périodes menstruelles.

Première grossesse il y a un an. Grossesse normale, non douloureuse menée à terme. Accouchement normal. Pas de suites de couches pathologiques. La femme se lève 12 jours après son accouchement ; le retour de couches a lieu au bout de 40 jours.

Depuis ce moment, c'est-à-dire il y a 3 mois, la femme dit ressentir dans tout le ventre, mais surtout dans l'hypogastre, des douleurs vives qui l'ont empêchée de se livrer à aucun travail régulier. Elle souffre surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Elle entre une première fois à l'hôpital, salle 8, dans le courant du mois de juillet. On constate alors chez elle que l'utérus était légèrement abaissé, mais sans déviation ; à droite, dans le cul-de-sac latéral, on sent un empâtement diffus, formé par les annexes droites très volumineuses. Pendant quelques jours, la malade est soumise au traitement médical, tampons d'onguent napolitain, Injections chaudes, lavements, quotidiens. L'état local s'améliore très sensiblement en très peu de jours, mais la malade, souffrant toujours autour du ventre, demande

son exeat. A la fin du mois d'août, elle rentre de nouveau à l'hôpital salle 8, lit 4, service de M. le professeur Lanelongue, suppléé par M. le professeur agrégé Villar.

A son entrée, on constate que l'empâtement trouvé un mois auparavant du côté des annexes droites a presque complètement disparu. La fosse iliaque n'est presque plus douloureuse, mais la femme continue à souffrir dans tout le ventre, et particulièrement dans le flanc droit. La marche est pénible ; elle a alors très souvent, plusieurs fois par jour, des douleurs qu'elle compare à des coliques dont elle ne s'explique pas la cause. La défécation se fait normalement ; pas d'alternatives de diarrhée ni de constipation. La miction est plus irrégulière ; sans cause connue, la femme dit uriner beaucoup plus certains jours que d'autres. Pas de troubles gastriques nets ; un peu de diminution de l'appétit seulement.

La région rénale explorée, permet alors de faire les constatations suivantes : Pas de déformation appréciable de la région, mais hypéresthésie manifeste. Le rein droit est abaissé, et, si on saisit entre les extrémités des deux mains son bord externe, il est facile de le luxer en dedans de sa loge. Une douleur très vive est à ce moment perçue par la malade. Le rein semble peu augmenté de volume.

Les urines, examinées pendant plusieurs jours, sont normales, elles ne forment pas de dépôt et nous n'avons pas pu constater la différence de quantité signalée par la malade. M. Villar prescrit le port d'une ceinture. Celle-ci, (mal faite d'ailleurs) ne produit aucun résultat. Les souffrances s'accentuent et la malade revient nous voir. Le 13 septembre, outre les douleurs dans le ventre, elle dit éprouver la sensation d'une boule qui se promène. La malade rentre à l'hôpital le 16 septembre.

Une intervention est décidée et pratiquée le 18 septembre, par M. Villar.

Opération. — Précautions antiseptiques préalables. Région lombaire droite mise en relief par un coussin glissé sous la malade qui est couchée du côté sain. Incision oblique d'environ 12 à 15 centimètres. On arrive sur l'atmosphère adipeuse du rein qui est relevé et mis en place

par un aide à travers la paroi abdominale antérieure. Décortication du rein. En décollant le rein à la partie supérieure, on aperçoit une petite portion du foie, probablement hypertrophié et abaissé; avec du catgut on suture aux lèvres de l'orifice qui laisse apercevoir le foie. Trois soies assez fortes sont passées à travers la substance rénale, à égale distance les unes des autres, avec l'aiguille mousse. Une petite hémorrhagie se fait par les petites plaies du rein, mais s'arrête dès que les fils dont les bouts sont passés à travers toute l'épaisseur de la masse musculaire sont serrés. Suture consécutive de la masse musculaire. Pas de drainage.

18 Septembre. — Etat général très bon. La malade n'urine pas seule. L'urine recueillie à la sonde, est teintée de sang.

19 et 20 Septembre. — Etat général très bon. Les urines sont encore légèrement teintées. Douleurs très vives au niveau de la plaie. La malade est indocile et s'assied sur son lit dans l'après-midi du 20 Septembre.

Les jours suivants, même état.

25 Septembre. — 1er pansement. Les points de suture superficiels commençant à couper la peau sont enlevés.

A peu près au milieu de l'incision, rougeur et tuméfaction ; avec la sonde cannelée, on désunit en ce point la cicatrice. Il sort une assez grande quantité de pus. Lavage au sublimé, drain, Pansement humide.

Quatre jours après, second pansement. Très peu de suppuration. Le drain est supprimé et remplacé par un crayon d'iodoforme. Pansement sec. La malade ne souffre plus au niveau de la plaie, les douleurs abdominales sont aussi moins vives,

La réunion est complète dans les premiers jours d'octobre. La région rénale est encore un peu douloureuse, bien que très souple; elle l'est surtout lorsque la malade tousse. Le rein semble être bien fixé; depuis l'intervention, la malade n'a plus que de très légères douleurs, des coliques sans importance. Elle marche sans fatigue et aide aux travaux de la salle. Exeat le 4 novembre 1893.

7 Novembre 1893. — La malade est venue ce jour-là. Le rein est bien

à sa place; la femme se plaint de fourmillements au niveau du creux de l'estomac; mais elle ne se plaint pas du côté opéré.

Cette observation, rédigée par M. Aunis, interne de M. le professeur Lanelongue et due à l'obligeance de M. le Dr Villar, donne de bons résultats, mais elle est récente. Il faut espérer que l'amélioration persistera.

OBSERVATION XIX

Incontinence d'urine de cause indéterminée. — Douleurs abdominales. — Troubles névropathiques. — Rein flottant. — Néphropexie. (*Docteur Eug. Monod, chirurgien des hôpitaux*).

Madame X., âgée de 37 ans, mère de quatre enfants, petite, maigre, très névropathe, m'a été adressée au mois d'avril 1890 par le docteur Terrillon, de Paris, pour une endométrite avec antéversion. Elle souffre depuis plusieurs années de douleurs dans les reins et le bas-ventre, qui s'irradient dans tout le côté droit et rendent la marche très difficile. Les règles sont abondantes et ont une tendance marquée à avancer. Dans leur intervalle, il existe des pertes blanches constantes et très épaisses. La malade se plaint d'une constipation rebelle et de troubles urinaires consistant en faux besoins et sensation de brûlure pendant et après la miction. L'examen révèle un col légèrement augmenté de volume, donnant issue à un écoulement muco-purulent. L'utérus est en antéversion prononcée. Les annexes sont saines.

Je pratiquais le curettage, dont les suites furent normales, et qui amena la disparition à peu près complète des symptômes d'endomérite. Mais les troubles urinaires, loin d'être amendés à la suite de cette intervention, s'aggravèrent en changeant de caractère. Trois mois environ après l'opération Mme X., commença à perdre un liquide clair, abondant, qui s'écoulait d'une façon inconsciente et intermittente. Le liquide n'offrant aucun des caractères physiques de l'urine, nous eûmes quel-

ques hésitations au début, mon collègue le docteur Pousson, que je priai de voir la malade et moi, sur sa véritable origine. L'écoulement en question se présentait d'ailleurs dans des conditions bizarres et difficiles à expliquer. Il se produisait invariablement de neuf heures du matin à sept heures du soir, et cessait pendant la nuit. Cette alternance était indépendante de la position de la malade, qui perdait aussi bien couchée, que levée ou assise. J'acquis bientôt la conviction que l'écoulement provenait de la cavité vésicale ; l'analyse du liquide que je parvins à recueillir, démontra en effet qu'il renfermait de l'urée. De plus, les mictions spontanées se supprimèrent peu à peu pendant les heures où l'écoulement avait lieu. Enfin je pus constater *de visu* que le liquide sortait de l'urèthre par petits jets saccadés.

L'incontinence d'urine ainsi établie, restait à en déterminer la cause. L'exploration de la vessie ne donna que des résultats négatifs. D'autre part, la palpation attentive de la cavité abdominale nous fit découvrir un déplacement du rein droit, qui formait une tumeur mobile dans le flanc correspondant, aisément reconnaissable à sa forme très douloureuse au toucher, et réductible de bas en haut sous la pression bimanuelle. Bien qu'il nous fût impossible de préjuger l'existence d'une relation pathogénique entre l'ectopie rénale et l'incontinence, il nous parut rationnel d'admettre que le rein déplacé pouvait avoir une part d'influence sur les troubles urinaires, constatés chez notre malade. Il était légitime, dans tous les cas, de rattacher à cette cause les phénomènes douloureux qu'elle présentait. Aussi n'hésitâmes-nous pas à lui proposer de pratiquer la néphropexie, qu'elle accepta.

Opération. — Je procédai à l'opération le 11 juillet 1892 avec l'aide de mon distingué collègue et ami le Dr Pousson. La malade chloroformée, après une injection sous-cutanée d'atropo-morphine, est couchée sur le côté gauche. Un coussin arrondi et résistant soulève la région lombaire. La région opératoire est nettoyée à la brosse et au savon, puis lavée successivement au sublimé et à l'éther. Je pratique une incision verticale de douze centimètres, à cinq travers de doigt en dehors

de la ligne des apophyses épineuses, empiétant en haut sur la douzième côte, en bas sur la crête iliaque. La section de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée donne lieu à un écoulement sanguin abondant, aussitôt arrêté à l'aide de sept ou huit pinces à forcipressure. Je cherche sans le trouver l'interstice correspondant au bord externe du carré lombaire. Je continue à inciser couche par couche dans l'axe de mon incision, cheminant dans un plan musculaire probablement constitué par les fibres du carré lombaire. J'arrive ainsi sur une aponévrose nettement visible (aponévrose profonde du carré lombaire). Je traverse alors les lèvres de la plaie avec deux forts catguts qui servent d'écarteurs. Le sang étant bien étanché, je soulève avec une pince à griffes l'aponévrose qui se présente au fond de la plaie et je l'incise en son milieu ; je glisse par cette boutonnière une sonde cannelée sur laquelle je fais un débridement au bistouri jusqu'à l'angle inférieur de l'incision, j'introduis sous la moitié supérieure du feuillet aponévrotique l'index gauche qui refoule le cul-de-sac pleural et j'incise sur le doigt, de bas en haut, avec des ciseaux. Le fond de la plaie apparaît alors comblé par de gros bourrelets adipeux dépendant soit de la capsule graisseuse du rein, soit du tissu cellulo-adipeux qui entoure le côlon. Mon index gauche étant introduit dans la plaie, je fais refouler le rein de bas en haut par la main d'un aide déprimant la paroi abdominale. Le doigt explorateur arrive aussitôt au contact de la surface du rein qu'il contourne aisément. L'organe, qui se présente dans une position transversale, est lisse, sans bosselures ni augmentation de volume. Pendant que l'aide le fixe, je dissocie avec les deux doigts la capsule adipeuse, et je mets à nu le rein lui-même dont je peux saisir le bord postérieur entre le pouce et l'index. J'accroche ce bord avec une fine pince de Museux, celle-ci est confiée à un aide qui la maintient soulevée. Je traverse alors le tissu rénal en rasant la douzième côte avec une aiguille de Reverdin coudée à angle droit et je passe un gros fil de soie plate. Deux autres fils sont passés au travers de la partie moyenne et de l'extrémité inférieure du rein. Il ne me reste plus qu'à fixer les fils ainsi placés. Le chef externe, du

point supérieur, est passé à travers le périoste de la douzième côte ; le chef interne qui se trouve situé sensiblement plus bas en raison de la situation transversale de l'organe, traverse les aponévrose du carré lombaire. Les deux chefs du point moyen et du point inférieur sont fixés pareillement aux lèvres correspondantes de la plaie, traversant les plans musculaire et aponévrotique. Les trois fils ainsi fixés sont serrés modérément sur la ligne médiane. Quelques pelotons adipeux qui viennent s'interposer spontanément entre les nœuds et la surface rénale forment un coussinet protecteur.

Le plan musculo-aponévrotique est réuni au catgut ; un petit drain de quatre centimètres est laissé dans l'angle inférieur de la plaie. La suture de la peau est faite au crin de Florence. La ligne de réunion est recouverte de poudre d'iodoforme. Pansement à la gaze iodoformée, recouverte d'une épaisse couche de ouate salicylée que maintient un bandage de corps en flanelle. La durée totale a été d'une heure.

Suites opératoires. — Réveil calme. Deux ou trois vomissements dans l'après-midi. La malade se plaint d'une douleur vive dans la région rénale. Le cathétérisme, fait à six heures du soir, donne issue à cinquante grammes d'urine. Pouls, 96. Temp., 37°3.

12 juillet. — Les vomissements ont cessé. La douleur rénale est modérée. Temp., 37°3. Le cathétérisme est pratiqué toutes les huit heures. La quantité d'urine retirée par la sonde est de 300 grammes à 500 grammes les trois jours suivants, pour atteindre 700 grammes les cinquième et sixième jour, et 1000 à 1200 grammes les jours suivants.

Le premier pansement est fait le quatrième jour ; il n'y a pas trace de suppuration. La plaie se réunit par première intention, sans gonflement ou rougeur périphérique. Je retire le drain.

Tous les fils sont retirés le huitième jour. La réunion est complète le dixième jour. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°.

Pendant les treize jours qui ont suivi l'opération, la malade n'a pas eu d'émission involontaire d'urine, et nous commençions déjà à espérer pour elle le résultat désiré, lorsque le 27 juillet apparurent les règles

et, à leur suite, se reproduisit, comme par le passé, l'écoulement diurne d'une urine incolore qui s'arrête pendant la nuit. Cette désolante infirmité persiste encore aujourd'hui et doit vraisemblablement être rapportée à une cause purement nerveuse. Le résultat thérapeutique de notre intervention a donc été nul pour cette malheureuse femme, et c'est uniquement par son côté opératoire que la présente observation peut intéresser l'auteur de cette thèse.

Ajoutons que les résultats de la néphropexie se sont maintenus jusqu'à ce jour, c'est-à-dire seize mois après l'opération, et que le rein, bien qu'il occupe une position un peu plus basse qu'à l'état normal, n'est plus mobile dans la cavité abdominale.

CONCLUSIONS

En présence d'un rein flottant.

1° Le traitement médical sera d'abord tenté. Il se résume dans la réduction du rein mobile et le maintien de celle-ci par les appareils en même temps qu'on combattra les symptômes divers de l'affection.

2° La néphropexie est une opération qui sera pratiquée dès que le traitement médical aura échoué ; elle sera l'opération de choix dans les formes douloureuses et dans les cas compliqués d'hydronéphrose intermittente. Sa bénignité est indiscutable et ses résultats sont souvent très bons.

3° La néphropexie sera pratiquée par la voie lombaire et exceptionnellement par le laparotomie quand il y aura de nombreuses adhérences.

4° Le rein sera décortiqué pour assurer sa plus grande fixité ; on emploiera la soie ou le catgut, mais on n'emploiera que trois ou quatre fils au plus, passés à une faible profondeur.

5° La néphrectomie sera tentée en dernier ressort quand la néphropexie aura échoué ; elle sera secondaire dans les cas de rein mobile sans complications et sera faite de préférence par la région lombaire, sauf quand le pédicule trop long oblige à avoir recours à la voie transpéritonéale. Elle est plus dangereuse que la néphropexie.

6° La néphrectomie sera primitive dans les cas d'affections graves du rein mobile.

7 La néphropexie sera pratiquée dans le cas de rein mobile double.

8° La sclérose du rein est rare et peu à craindre avec un petit nombre de fils ; quant aux récidives, elles diminuent de plus en plus avec la méthode de M. Guyon et avec celle de M. Tuffier et il faut bien le dire, à mesure que l'on connaît mieux les indications de l'intervention.

Vu bon à imprimer :
Bordeaux, le 8 novembre 1893.
Le Président de Thèse,

Dr DEMONS.

Vu le Doyen de la Faculté

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 10 novembre 1893.

Le Recteur,

A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

OUVRAGES QUE NOUS AVONS CONSULTÉS :

Bassini. — *Ann. univ. di medica et di chirurg.* — Septembre 1889.

Becquet. — *Essai sur la pathogénie des reins flottants.* — 1865. — Archives générales de médecine.

Boyer. — *Traité des maladies des reins.* — 1841.

Buret. — *Du diagnostic de l'ectopie rénale.* — Thèse de Paris, 1883.

Brodeur. — *Intervention chirurgicale dans les affections du rein.* — Thèse de Paris, 1886.

Defontaine. — *De la Pathologie des reins mobiles.* — Thèse de Paris, 1874.

Paul-Albert Delagenière. — *Étude critique et expérimentale sur la néphrorraphie.* — Thèse de Paris, 1892.

Delagenière. — *Archives provinciales de chirurgie,* n° 1. — 1893.

Desmé. — *Des reins flottants et de leur traitement.* — Thèse de Montpellier, 1885.

Duchesne. — *Contribution à l'étude du rein flottant.* — Thèse de Paris, 1892.

— *Étude critique des divers traitements du rein flottant.* — Thèse de Paris, 1892.

Duret. — *Du traitement des reins mobiles par la néphrorraphie.* — Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1888.

Fourrier. — *Réflexion sur plusieurs cas de rein flottant et sur le traitement de cette affection.* — Bulletin général de thérapeutique, tome 88, p. 481, 1875.

Fritz. — *Des reins flottants.* — Archives générales de médecine. — Août 1859, p. 158.

Greffier. — *Enteroptose et rein flottant.* — France médicale. — 24 octobre 1875.

Grout. — *De l'ectopie rénale.* — Thèse de Paris, 1874.

Guermonprez. — *Bulletin de l'Académie de médecine.* — 28 août 1888.

Guillet. — *Des tumeurs malignes du rein.* — Thèse de doctorat, Paris, 1888.

Guéneau de Mussy. — *Leçons cliniques sur les reins flottants.* — Union médicale. — 20 et 25 juin 1867.

Guyon. — *Bulletin de l'Académie de médecine.* — 26 février 1889.

Labadie-Lagrave. — *Nouveau dictonnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* — Tome xxxi, p. 60.

Hahn. — *Centralblatt für chirurgie.* — 1881, n° 29, p. 449.

Lancereaux. — *Les déplacements du rein.* — Union médicale. — 10 et 14 août 1880.

Lécorché. — *Traité des maladies des reins.* — Paris, 1875.

Le Roy. — *De l'Ectopie rénale.* — Thèse de Paris, 1876.

Martineau. *De l'Ectopie rénale.* — Thèse de Paris, 1868.

Potherat. — *Traitement du rein flottant.* — Revue générale de clinique, n° 33, p. 523.

Péan. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* — Paris, 1880.

Pozzi. — *Rein flottant et polykystique.* — Bulletin de la Société de chirurgie. — 1892, p. 281.

Rayer. — *Traité des maladies du rein.* — Tome iii, Paris. 1839.

Récamier. — *Étude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale.* — Thèse de Paris, 1881.

Rigal. — *Des déplacements accidentels du rein.* — Thèse de Paris, 1881.

Sacré. — *Rein mobile.* — *Calcul du bassinet.* — *Nèphrectomie.* — Bruxelles, 1890.

Terrier et Baudouin. — *Revue de chirurgie.* — *Hydronéphrose intermittente.* — Septembre 1890.

Terrillon. — *Rein mobile et nèphrorraphie.* — Bulletin médical. — 5 mars 1890. *Réflexion à propos de six néphrectomies transpéritonéales.* — Bulletin général de thérapeutique. — 5 mai 1890.

Tuffier. — *Le cœcum et ses hernies.* — Archives générales de médecine, 1887. — Congrès de Chirurgie, 1889 et 1890.

Turgard. — *Bulletin médical du Nord.* — Septembre 1887.

Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — 3e édition, tome iii, 1873.

Troquart. — *Traitement du rein mobile.* — Journal de médecine de Bordeaux, 1890.

Bordeaux. — Imp. Coussau & Coustalat, rue Gouvion, 20.